Zorginstituut Nederland

Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

Samen leren en verbeteren



| Van goede zorg verzekerd |

Voorwoord

Ontwikkeling kwaliteitskader verpleeghuiszorg

Dit kwaliteitskader is opgesteld door de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut Nederland en is daarna vastgesteld door de Raad van Bestuur van het Zorginstituut op 12 januari 2017.

In februari 2015 is Waardigheid en Trots geïnitieerd, een programma voor de verbetering van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg, waaronder het kwaliteitskader. Het Zorginstituut heeft dit kader, inclusief basisveiligheid en personeelssamenstelling, vervolgens op haar Meerjarenagenda geplaatst. Ondanks de inspanningen van de sectorpartijen, kon geen overeenstemming over de inhoud bereikt worden op de gestelde datum van 1 oktober 2016. Het Zorginstituut heeft vervolgens de verantwoordelijkheid voor de realisatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en de Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling overgenomen conform haar wettelijke doorzettingsmacht. De door de sectorpartijen opgestelde conceptversies van deze documenten vervallen daarmee, hoewel een belangrijk deel van de inzichten en inhoud is gebruikt bij het schrijven van het huidige Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

Het Zorginstituut heeft de Kwaliteitsraad vervolgens verzocht om het kwaliteitskader op te stellen. De inhoud was daarbij leidend. De Kwaliteitsraad is gestart met een analysefase, bestaande uit de volgende onderdelen: een inventarisatie van de eerdere conceptleidraad en conceptkader, een politieke, inhoudelijke en strategische analyse, gesprekken met bestuurders van relevante partijen, een hoorzitting met experts op het terrein van meten en verbeteren van kwaliteit en een analyse van de wetenschappelijke literatuur. Aansluitend daarop is de commissie verpleeghuiszorg ingesteld, bestaande uit zes leden van de Kwaliteitsraad, ondersteund door een deskundige van het Zorginstituut en een extern deskundige. Deze commissie heeft het concept kwaliteitskader opgesteld, op basis van beschikbare literatuur, ervaringen en deskundigheid. Vervolgens is het concept kwaliteitskader, waarin basisveiligheid en personeelssamenstelling als aparte hoofdstukken zijn geïntegreerd, ter consultatie voorgelegd aan de relevante partijen en aan vijf externe deskundigen. Na het verwerken van de feedback heeft de Kwaliteitsraad het kwaliteitskader voor vaststelling aangeboden aan de Raad van Bestuur van het Zorginstituut.

De Kwaliteitsraad realiseert zich terdege dat het opstellen van het kwaliteitskader een eerste stap is, die gevolgd moet worden door implementatie van het kader in de praktijk. Om de voorgestelde richting van leren en verbeteren daadwerkelijk vorm te kunnen geven, is voor bepaalde onderdelen tijd en ontwikkelruimte noodzakelijk. Daarbij gaat het met name om de ontwikkeling van gefundeerde normen voor basisveiligheid en voor contextgebonden personeelssamenstelling. In de slotparagraaf beschrijft de Kwaliteitsraad op hoofdlijnen de visie op de gewenste implementatieroute.

Inhoudsopgave

Inleiding

Dit kwaliteitskader verpleeghuiszorg[1] is als kwaliteitstandaard opgenomen in het wettelijke Register van het Zorginstituut. Dit Register maakt zichtbaar wat zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars hebben afgesproken over wat goede zorg is en vormt de basis voor toezicht en verantwoording.
Het doel van het kwaliteitskader is drieledig. Ten eerste beschrijft dit document wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van verpleeghuiszorg. Ten tweede biedt dit document opdrachten voor zorgverleners en zorgorganisaties om samen de kwaliteit te verbeteren en het lerend vermogen te versterken. Ten derde vormt dit document het kader voor extern toezicht en voor inkoop en contractering van zorg.
In deze inleiding worden achtereenvolgens de uitgangspunten, de reikwijdte en de inhoudelijke thema's van het kader beschreven.

Uitgangspunten

1. In de verpleeghuiszorg is **de cliënt als mens** altijd het vertrekpunt. Daarbij moet het gaan om alle levensdomeinen die voor de cliënt van belang zijn. De zorg en ondersteuning worden multidisciplinair en integraal vormgegeven en zijn dienend hieraan. Iemand met een zorgbehoefte is vooral iemand met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst, eigen doelen, eigen context en eigen naaste(n). En niet uitsluitend een anonieme cliënt, patiënt of bewoner in een zorgorganisatie.
2. Dit kwaliteitskader legt **nadruk op leren** als basis voor kwaliteitsverbetering. Betere kwaliteit van verpleeghuiszorg is immers gebaat bij een stimulerende benadering, met vertrouwen in de betrokkenheid, trots en kracht van zorgverleners en met respect voor de lokale en persoonlijke context.
3. Ook met betrekking tot **toezicht en verantwoording** legt dit kader de nadruk vooral op leren als basis voor kwaliteitsverbetering en minder op verantwoording via gedetailleerde uitkomsten. Dat biedt ruimte aan zorgverleners. Leren en verbeteren is echter niet vrijblijvend; continu werken aan betere kwaliteit is de norm. Op indicatoren voor leren en verbeteren zal getoetst en gehandhaafd gaan worden.
4. Dit kwaliteitskader wil het **vertrouwen versterken in de mensen die in de verpleeghuiszorg werken** en hun relatie met de cliënt. Het zijn immers de zorgverleners[2] die een sleutelrol hebben bij het leren en verbeteren. Zij kennen de context van de cliënt en kunnen vanuit hun professionaliteit werken aan de kwaliteit die daarbij aansluit. Zorgorganisaties ondersteunen het proces van leren en verbeteren door verantwoordelijkheid te nemen voor de randvoorwaarden.
5. De **focus ligt op samen leren:** zowel intern met cliënten, naasten en zorgverleners als extern met andere zorgorganisaties, ouderenbonden, zorgcoöperaties en zorgkantoren. Het kader stimuleert de samenwerking met interne en externe betrokkenen, door middel van bijvoorbeeld het samen ontwikkelen van kwaliteitsplannen, het samen bespreken van kwaliteitsverslagen en het samen bepalen van verbeterplannen. Maar samen leren kan ook door middel van uitwisselingen, audits en visitaties. Voor samen leren is het nodig dat de gebruikte kennisbronnen zoals cliëntervaringen en kwaliteitsverslagen in alle openheid voor alle betrokkenen beschikbaar zijn, met behoud van privacy van cliënten en zorgverleners.
6. Dit kwaliteitskader wil ook een bijdrage leveren aan **het verminderen van bureaucratie** en administratieve lasten. Ten eerste door de nadruk te verplaatsen van het aanleveren van landelijk vastgelegde details naar het lokaal leren en verbeteren. Ten tweede door verantwoording afleggen en leren onder te brengen in hetzelfde traject (via het jaarlijkse kwaliteitsverslag). Ten derde door aparte uitvragen in het kader van externe verantwoording te ontmoedigen.

---

1 Er is gekozen voor de gangbare term verpleeghuiszorg, ondanks het feit dat 'verpleegzorg' in toenemende mate extramuraal of in groepsverband met PGB's plaatsvindt.

2 Het begrip zorgverlener staat in dit kwaliteitskader voor de verschillende verpleegkundige, verzorgende, psychosociale en (para)medische disciplines die zorg verlenen aan een verpleeghuiszorg cliënt.

7. De verpleeghuiszorg moet naast liefdevol en persoonsgericht ook **veilig voor cliënten** zijn. Dit kader besteedt daarom de noodzakelijke aandacht aan basisveiligheid, waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke omgeving van verpleeghuiszorg. Bij veiligheid hoort ook verantwoording afleggen. Op indicatoren voor veiligheid zal worden getoetst en gehandhaafd.
8. Dit kader besteedt **extra aandacht aan de personeelssamenstelling**. Verpleeghuiszorg is mensenwerk en zonder voldoende, bevoegd en bekwaam personeel kan er geen kwalitatief verantwoorde verpleeghuiszorg worden geleverd.
9. Dit kwaliteitskader sluit aan bij **de uitgangspunten over kwaliteit** die beschreven zijn in de vernieuwde Wet Langdurige Zorg (WLZ), te weten: (a) de geboden zorg moet ondersteunend zijn aan de kwaliteit van leven van de cliënt; (b) de cliënt krijgt een persoonlijk arrangement dat is afgestemd op eigen behoeften en (c) de zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning, met als belangrijkste bouwstenen: betrokken en vakbekwame zorgverleners, een persoonlijk zorgleefplan en betrokkenheid van informele zorgverleners.
10. Dit kwaliteitskader verpleeghuiszorg beschrijft het uitgangsniveau van kwaliteit waar verpleeghuiszorg aan moet voldoen. Dat neemt niet weg dat er een beroep wordt gedaan op zorgverleners, zorgorganisaties en koepels om altijd te streven naar **meer en betere kwaliteit** dan de basisnormen uit dit kader.

Reikwijdte

- Verpleeghuiszorg bevindt zich binnen de sector Verpleging en Verzorging en richt zich daarbinnen op de WLZ geïndiceerde cliënten[3].
- Verpleeghuiszorg is continue, langdurige, systematische en multidisciplinaire zorg voor ouderen en chronisch zieken. Het gaat om een integraal aanbod van verpleging, verzorging, behandeling, begeleiding, welzijn en wonen.
- Het kwaliteitskader gaat over de zorg en ondersteuning van cliënten met een ZZP-indicatie 4 t/m 10, die 24 uur aangewezen zijn op WLZ zorg en ondersteuning. Dit gaat over zorg die geboden wordt aan groepen van cliënten dan wel zorg die voor een deel van de tijd geclusterd geboden wordt, zoals tijdelijke opnamen. Het kader geldt ook voor situaties waar mensen kiezen om met een persoonsgebonden budget in groepsverband zorg te krijgen.
- De verpleeghuiszorg kent veel verschillende doelgroepen waaronder in ieder geval: mensen met dementie, mensen met somatische zorgbehoeften waaronder specifieke aandoeningen als Chorea van Huntington, de ziekte van Parkinson, Multiple Sclerose, Korsakov, NAH (Niet Aangeboren Hersenletsel), CVA (Cerebro Vasculair Accident), chronische psychiatrie en geronto-psychiatrie. Maar ook palliatief terminale patiënten of mensen met een verstandelijke beperking behoren tot de doelgroep.
- De cliënten binnen deze doelgroepen komen overeen met elkaar op de punten kwetsbaarheid, multi-problematiek en omgaan met beperkingen. Er zijn echter ook verschillen in leeftijd en leefstijl, zorg- en ondersteuningsbehoefte, zorgintensiteit, verblijfsduur en het benodigd deskundigheids- en competentieniveau van de zorgverleners.
- Er wordt steeds meer verpleeghuiszorg geleverd in de directe woonomgeving van cliënten waarbij ook zorgverleners zoals specialisten ouderengeneeskunde in consult worden gevraagd. Op deze vormen van (consultatieve) verpleeghuiszorg zijn delen van dit kwaliteitskader nu reeds goed toepasbaar. In de nabije toekomst zou het kwaliteitskader ook voor deze vormen van toepassing moeten zijn: immers, ook buiten de muren van zorgorganisaties moet het zorgaanbod kwalitatief goed zijn. Hier ligt een oproep aan de sector om in 2017 op basis van het onderhavig kwaliteitskader een vertaalslag te maken en de kwaliteitsnormen voor deze 'extramurale' verpleeghuiszorg nader uit te werken.

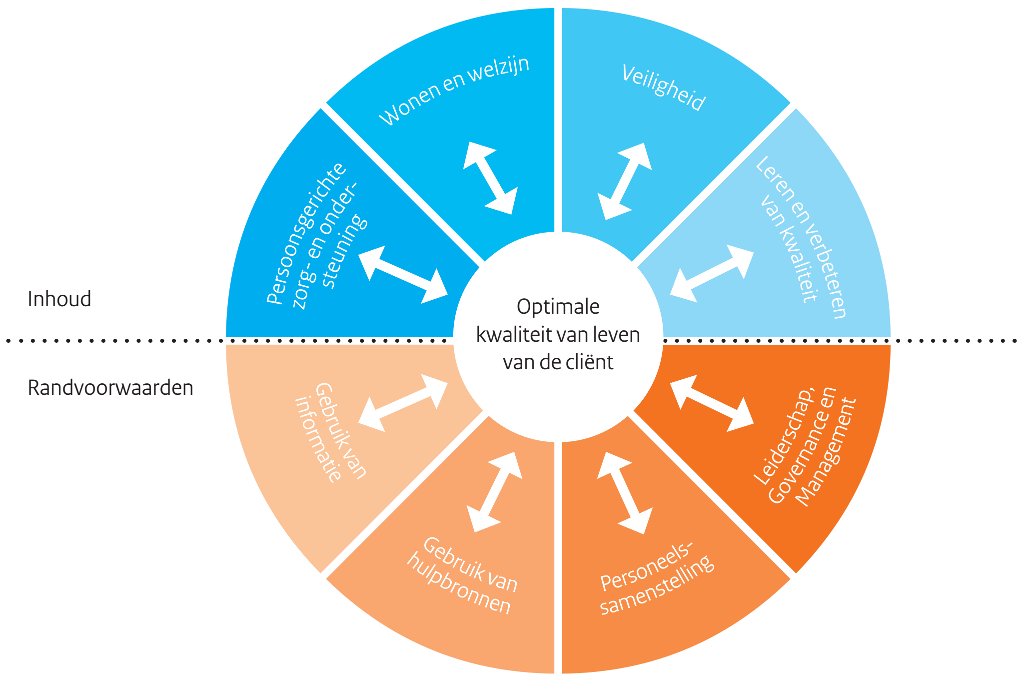
Visie op verpleeghuiszorg: model en thema's kwaliteitskader

Het hoofddoel van verpleeghuiszorg is een zo goed mogelijk bijdrage te leveren aan de kwaliteit van leven van de cliënt, door een optimale interactie tussen cliënt, zorgverlener en zorgorganisatie in het zorg- en behandelproces. De zorgorganisatie draagt zorgt voor de juiste randvoorwaarden en middelen (personeel, leren en ontwikkelen, veiligheid, informatie, financiën en fysieke omgeving) om dit hoofd-

3 Gezien dit uitgangspunt valt de Geriatrische Revalidatie Zorg hier in strikte zin niet onder omdat deze zorg gefinancierd wordt vanuit de Zorgverzekeringswet. Echter veel van de onderdelen zijn ook bruikbaar voor deze categorie zorg.

doel te bereiken. De cliënt bepaalt binnen de gegeven kaders hoe zorgverleners en zorgorganisatie zo optimaal en liefdevol mogelijk kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zijn of haar leven. Het is dan ook de cliënt die het resultaat van deze inspanningen beoordeelt: in welke mate is hij of zij tevreden over de bijdrage van de geleverde zorg aan de beoogde kwaliteit van leven?
Als basis voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is een model gekozen dat het beste aansluit bij de voor dit kwaliteitskader verpleeghuiszorg geformuleerde visie en uitgangspunten. Het model baseert zich zowel op de door het College voor Rechten van de Mens geformuleerde aanbevelingen voor mensenrechten in verpleeghuizen (College voor Rechten van de Mens, Februari 2016) als de beschikbare (wetenschappelijke) kennis, standaarden en informatie over kwaliteit van verpleeghuiszorg en langdurende zorg. Het is een integraal model en alle in dit model onderscheiden thema's dragen gezamenlijk bij aan het hiervoor beschreven hoofddoel van kwaliteit in de verpleeghuiszorg.

Het kwaliteitskader beschrijft de kwaliteit van zorg op micro-, meso- en macroniveau.
- Microniveau. Het kader beschrijft wat de cliënt kan verwachten van de dagelijkse interactie met zorgverleners (liefdevolle, persoonsgerichte en kwalitatief goede zorg), en beschrijft de elementen van kwaliteit die belangrijk zijn in het contact met de cliënt en in (multidisciplinaire) samenwerking.
- Mesoniveau: Het kader beschrijft de randvoorwaarden die de zorgorganisatie op orde moet hebben om de zorg op microniveau zo optimaal mogelijk te ondersteunen.
- Macroniveau: Het kader beschrijft waar IGZ, NZa, zorgkantoren en samenleving op kunnen rekenen in het licht van toezicht en verantwoording (veilige en verantwoorde zorg) en beschrijft de rol van de landelijke koepels bij de ondersteuning van het werken aan leren en verbeteren.



Figuur 1: Integraal model voor dynamisch en ontwikkelingsgericht werken aan kwaliteit verpleeghuiszorg

De zorg- en ondersteuningsbehoefte van de cliënt vanuit zijn of haar eigen geschiedenis, toekomst en doelen zijn het vertrekpunt van het zorgproces. Dat zorgproces wordt geconcretiseerd in de interactie tussen cliënt, zorgverlener en zorgorganisatie binnen de woon- en verblijfsetting waarin de zorg plaatsvindt. Dit model geeft concrete invulling aan het kader waarmee de zorgorganisatie kwaliteit van zorg kan vormgeven. De acht thema's in het model zijn gerelateerd aan thema's van inhoud van zorg, kwaliteit en veiligheid (bovenste helft cirkel) en de randvoorwaarden hiervoor (onderste helft cirkel).

De vier kwaliteit en veiligheid thema's zijn:
- **Persoonsgerichte zorg en ondersteuning.** Dit gaat over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naaste(n), zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie bepaalt mede de kwaliteit van zorg.
- **Wonen en welzijn.** Dit gaat over de wijze waarop de organisatie en zorgverleners in hun zorg- en dienstverlening enerzijds oog hebben voor optimale levenskwaliteit en welbevinden van cliënten en betrokken naaste(n) en anderzijds gericht zijn op het bevorderen en ondersteunen hiervan.
- **Veiligheid.** Garanderen van basisveiligheid betekent dat een zorgorganisatie met gebruikmaking van relevante professionele standaarden en richtlijnen, vermijdbare schade bij cliënten zoveel mogelijk voorkomt en leert van veiligheidsincidenten. Het gaat om risicobewustzijn en risicoreductie.
- **Leren en verbeteren van kwaliteit.** Dit gaat over de wijze waarop de zorgverlener en zorgorganisatie op dynamische en lerende wijze zorg dragen voor optimale zorg en verzorging voor cliënten, daarbij gebruikmakend van de best beschikbare kennisbronnen zoals wetenschappelijke literatuur, professionele richtlijnen, landelijke en lokale data, gesystematiseerde ervaringsgegevens en kwalitatieve informatie.

De vier randvoorwaardelijke thema's zijn:
- **Leiderschap, governance en management.** Dit gaat over de aansturing en governance van de zorgorganisatie die faciliterend zijn voor kwaliteit, zoals het beleggen van verantwoordelijkheid, besluitvorming en risicomanagement, en over de strategische, statutaire en financiële verplichtingen.
- **Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel).** Dit gaat over de adequate samenstelling van het personeelsbestand. Hoeveel zorgverleners met welke vaardigheden en competenties zijn nodig om te voorzien in de (fluctuaties in) wensen en behoeften van de cliënten waaraan de zorgorganisatie zorg en ondersteuning biedt?
- **Gebruik van hulpbronnen**. Dit gaat over het effectief en efficiënt gebruiken van hulpbronnen om de best mogelijke zorgresultaten en ervaringen te behalen met de beschikbare financiën en middelen.
- **Gebruik van informatie**. Dit gaat enerzijds over het actief gebruik maken van informatie rondom de inzet van middelen, voor het leveren, monitoren, managen en verbeteren van zorg, alsook over het op transparante wijze verstrekken van kwaliteitsinformatie aan cliënten, hun naasten en aan de samenleving.

1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Vereisten

- De vier onderscheiden thema's (compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen) zijn voor zorgverleners richtinggevend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning.
- Elke verpleeghuisorganisatie dient aantoonbaar invulling te geven aan deze thema's en dit zichtbaar te maken in kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag.
- De voorgestelde uitwerkingen per onderscheiden thema's zijn handreikingen voor de instrumenten voor verbetering, het voeren van gesprekken en het ontwikkelen van competenties. Zorgorganisaties zijn vrij om deze thema's naar eigen inzicht aan te vullen.
- Vanaf 1-7-2017 beschikt iedere cliënt binnen 24 uur over een voorlopig zorgleefplan (met in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en afspraken over handelen bij calamiteiten), dat uiterlijk zes weken na opname (of zoveel eerder als mogelijk) volledig en (tot bijstelling aan de orde is) definitief wordt [4] .
- Vanaf 1-7-2017 is de verantwoordelijkheid voor het opstellen van een zorgleefplan belegd bij een verzorgende van tenminste niveau 3 (IG), of bij een andere zorgverlener van tenminste niveau 3. Bij voorkeur is dit de contactverzorgende dan wel de eerste verantwoordelijk verzorgende of verpleegkundige (EVV-er).

1.1 Introductie

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning gaat over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening met als doel om uiteindelijk de bijdrage aan de kwaliteit van leven van een cliënt zo optimaal mogelijk te laten zijn. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naasten, zorgverleners en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relaties, en met de deskundigheid en competenties van de zorgverleners, bepaalt mede de kwaliteit van zorg en draagt aldus bij aan de kwaliteit van leven van de cliënt.

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vraagt van organisaties betrokkenheid en deskundigheid om zorgverleners te ondersteunen bij het verstaan van de cliënt. Hiertoe heeft de zorgverlener een stimulerende en veilige werkomgeving nodig in de zorgorganisatie waarin hij werkt, en tijd om dit uit te voeren.

Kenmerkend voor verpleeghuiszorg is dat het om multidisciplinaire verzorging, verpleging, behandeling en ondersteuning van cliënten gaat. Door de toename van de zorg- en ondersteuningsbehoefte, de zwaardere problematiek en de verkorting van de verblijfsduur neemt de complexiteit van verpleeghuiszorg voor de meeste doelgroepen echter hand over hand toe. En daarmee ook de vereiste inbreng van de medische en verpleegkundige zorgverlening. Het gaat dan om adequaat behandelen, maar ook gepast afzien van behandeling, en ook goede palliatieve zorg en begeleiding bij het sterven.

De medische en verpleegkundige zorg dient vanzelfsprekend eveneens plaats te vinden op een persoonsgerichte, veilige en verantwoorde wijze, waarbij goede afspraken en goede samenwerking met andere medische en verpleegkundige zorgverleners buiten het verpleeghuis van groot belang zijn.

4 *www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html*



Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg onderscheidt vier thema's[5] als het gaat om kwaliteit van persoonsgerichte zorg en ondersteuning, te weten:

1. Compassie: de cliënt ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip;
2. Uniek zijn: de cliënt wordt gezien als mens met een persoonlijke context die ertoe doet en met een eigen identiteit die tot zijn recht komt;
3. Autonomie: voor de cliënt is de mogelijkheid van eigen regie over leven en welbevinden leidend, ook bij de zorg in de laatste levensfase;
4. Zorgdoelen: iedere cliënt heeft vastgelegde afspraken over (en inspraak bij) de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning.

1.2 Uitwerking per thema

De vier thema's zijn richtinggevend voor zorgverleners bij het verbeteren van kwaliteit op het terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Iedere verpleeghuisorganisatie dient aantoonbaar invulling te geven aan deze thema's en zichtbaar te maken in kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag (zie hoofdstuk 4).

De vier thema's op het terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning zijn in bijlage 1 verder uitgewerkt. Bij deze uitwerkingen in sub-thema's hanteert het kwaliteitskader het ik-perspectief vanuit de cliënt, ook als de wilsbekwaamheid op onderdelen is verminderd.
Deze uitwerkingen moeten niet gezien worden als strikte voorschriften, maar als voorbeelden van invullingen. Het zijn handreikingen voor gespreksvoering, voor het bepalen van de inhoud van de instrumenten voor het verbeteren (besprekingen, cliëntraadplegingen, evaluatie-instrumenten, zorgevaluaties en spiegelgesprekken met cliënten en naasten), en voor het ontwikkelen van competenties van zorgverleners. Het is aan de zorgverleners en zorgorganisaties om naar eigen inzicht de thema's in te vullen en waar nodig aan te vullen. Het gaat immers om datgene wat voor de betreffende cliënt van belang is.
Bij een persoonsgerichte benadering past maatwerk, ook in de benadering. Het gaat daarbij om drie dimensies van professionaliteit: vakbekwaamheid, lerend vermogen en samenlerend vermogen[6].

5 *Deze thema's zijn gebaseerd op het Concept Kwaliteitskader ouderenzorg (2016) en de informatie uit de analysefase.*

6 *www.zorginstituutnederland.nl/beroepen+en+opleidingen/anders+kijken%2C+anders+leren%2C+anders+doen*

2 Wonen en welzijn

Vereisten

- Vijf thema's (zingeving, zinvolle dagbesteding, schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding, familieparticipatie & inzet vrijwilligers en wooncomfort) zijn leidend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van wonen en welzijn.
- Elke verpleeghuisorganisatie dient aantoonbaar invulling te geven aan deze thema's en zichtbaar te maken in kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag (zie hoofdstuk 4).
- Het aanpassen van de woonomgeving aan de wensen en mogelijkheden van de verschillende doelgroepen van verpleeghuiszorg verdient specifieke aandacht.

2.1 Introductie

Dit hoofdstuk gaat over de wijze waarop de zorgverleners en zorgorganisaties in hun zorg- en dienstverlening oog hebben voor optimale levenskwaliteit en welzijn van cliënten en hun naaste(n), en de wijze waarop zij gericht zijn op het bevorderen en ondersteunen ervan. Hierbij speelt de zorg van lichaam en geest van de cliënt een rol maar is de woon- en leefomgeving, waarin de cliënt die verpleeghuiszorg ontvangt eveneens van groot belang voor zijn kwaliteit van leven.

In dit kwaliteitskader verpleeghuiszorg worden vijf thema's[7] onderscheiden:

1. Zingeving
2. Zinvolle tijdsbesteding
3. Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding
4. Familieparticipatie en inzet vrijwilligers
5. Wooncomfort

Bij zingeving gaat het om aandacht en ondersteuning van levensvragen. Bij zinvolle tijdsbesteding gaat het om aandacht en ondersteuning van activiteiten die voor de cliënt het leven de moeite waard maken. Bij een schoon en verzorg lichaam en kleding gaat het om aandacht en ondersteuning van persoonlijke verzorging. Bij familieparticipatie en inzet van vrijwilligers gaat het over ruimte bieden aan de rol van mantelzorgers en over de afbakening van de inzet van vrijwilligers. Mantelzorgers verdienen ondersteuning in hun vaak zware rol, zowel in de organisatie maar ook daarbuiten. Bij wooncomfort gaat het om zaken als gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting.

2.2 Uitwerking per thema

De vijf thema's zijn leidend bij het verbeteren van kwaliteit op het terrein van wonen en welzijn. Iedere verpleeghuisorganisatie dient aantoonbaar invulling te geven aan deze thema's en zichtbaar te maken in kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag (zie hoofdstuk 4).
In bijlage 2 zijn deze thema's verder uitgewerkt. Bij deze uitwerking hanteert het kwaliteitskader het ik-perspectief vanuit de cliënt, ook als de wilsbekwaamheid op onderdelen is verminderd. Deze uitwerking geldt niet als strikt voorschrift, maar dienen als handreikingen voor gespreksvoering, voor het bepalen van de inhoud van het verbeterinstrumentarium (bijvoorbeeld besprekingen, cliëntraadplegingen, evaluatie-instrumenten, zorgevaluaties en spiegelgesprekken met naaste(n)) en voor het ontwikkelen van competenties van zorgverleners. Het zijn nadrukkelijk geen voorschriften maar voorbeelden van invullingen. Het staat de zorgverleners en zorgorganisatie vrij om de thema's naar eigen inzicht in en aan te vullen.

7 *Thema's zijn gebaseerd op informatie uit de analysefase.*

3 Veiligheid

Vereisten

- Vier thema's van basisveiligheid (medicatieveiligheid, decubituspreventie, gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en preventie acute ziekenhuisopname) zijn vanaf 2017 een belangrijk onderdeel van het leren en verbeteren in zorgorganisaties, onder andere door indicatoren op basis van deze vier thema's op te nemen in het kwaliteitsverslag.
- Indicatoren over de basisveiligheid worden uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd bij de Openbare Database van het Zorginstituut door een daartoe ingerichte organisatie die voldoet aan de aanleverspecificaties van het Zorginstituut[8].
- Elke verpleeghuisorganisatie heeft een incidentencommissie of maakt gebruik van een lokale of regionale incidentencommissie (gereed per 1-7-17).

Opdrachten aan de sector

- Verenso en V&VN krijgen vanuit hun professionele verantwoordelijkheid de opdracht om samen met de andere relevante sectorpartijen en de IGZ, op basis van de vier thema's, te komen met een set van zo valide mogelijke indicatoren voor de basisveiligheid (gereed per 1-7-2017). Deze indicatoren dienen bruikbaar te zijn voor lokaal leren en verbeteren, en voor de toezichttaak door de IGZ vanaf verslagjaar 2018. Totdat deze nieuwe set beschikbaar is, zal de uitvraag gebaseerd blijven op de set van indicatoren voor de basisveiligheid, zoals deze door de IGZ over het verslagjaar 2015 is uitgevraagd, met de daarbij behorende methodologische beperkingen op het gebied van validiteit, betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid. Bij openbare publicatie moet hierover worden gecommuniceerd middels een duidelijke disclaimer.
- Beroepsorganisaties en kennisorganisaties worden opgeroepen om stappen te nemen om meer kennis en ervaring op te doen met zogenaamde punt prevalentie metingen als indicatoren.
- Beroepsorganisaties en kennisorganisaties worden opgeroepen om op termijn indicatoren te ontwikkelen voor andere relevante veiligheidsthema's, zoals opsporen van delier, bewegen, ondervoeding, incontinentie, valpreventie, onbegrepen gedrag, rationeel antibiotica en antipsychotica gebruik.
- Beroepsorganisaties en kennisorganisaties worden opgeroepen om te komen met voorstellen voor het zinvol gebruik van de kwaliteitsverslagen voor analyse van landelijke trends op het gebied van de basisveiligheid en het destilleren van beleidsopgaven die daaruit voort kunnen vloeien.
- Beroepsorganisaties en kennisorganisaties worden opgeroepen om studies naar medicatiegebruik (antipsychotica, hypnotica, antidepressiva, antibiotica), ziekenhuisopnames en geriatrische problematiek (decubitus, urineweginfecties, delier, depressie, versneld functioneel en cognitief verval) te initiëren.

3.1 Introductie

Werken aan zorginhoudelijke kwaliteit gaat uit van professionele standaarden en richtlijnen. Voor veiligheid betekent dit dat zorgorganisaties en zorgverleners vermijdbare schade bij cliënten zoveel mogelijk voorkomen en leren van veiligheidsincidenten.

Streven naar optimale veiligheid moet een hoge prioriteit hebben, maar moet wel gezien worden in balans met andere belangrijke waarden in de verpleeghuiszorg. Daarbij zullen vragen beantwoord moeten worden over de spanning die kan ontstaan tussen persoonlijke vrijheid en welzijn aan de ene kant, en persoonlijke veiligheid en risico's aan de andere kant.

Veiligheid houdt niet alleen zorginhoudelijke veiligheid in. Uit andere wettelijke kaders vloeien andere veiligheidseisen voort zoals veiligheid van hulpmiddelen, brandveiligheid, de aanwezigheid van ontruimingsplannen, voedselveiligheid en drinkwaterveiligheid. Er zijn ook wettelijke vereisten rondom klachten en inspraak. Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg gaat ervan uit dat de zorgorganisatie zich ook hieraan houdt, maar vermeldt ze verder niet specifiek in dit hoofdstuk.

---

8 Eerste verslagjaar van aanlevering van de indicatoren basisveiligheid is 2016, met dezelfde indicatoren als over verslagjaar 2015. Vanaf 1-7-2017 is de nieuwe set indicatoren gereed, die vanaf verslagjaar 2018 gebruikt dient te worden voor de aanlevering.



In dit hoofdstuk staat een aantal relevante thema's waaruit normen voortvloeien die de basisveiligheid van de cliënt in de verpleeghuiszorg moeten garanderen. Die normen vormen de minimale veiligheidseisen waar de zorgorganisatie verantwoording over aflegt en op de naleving waarvan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toetst. Niet (kunnen) voldoen aan deze afspraken betekent dat de verpleeghuiszorg in de betreffende instelling niet aan het vereiste basisveiligheidsniveau voldoet.

3.2 Borgen van basisveiligheid

Net als voor andere inhoudelijke onderwerpen, zijn voor basisveiligheid landelijke professionele standaarden leidend bij het maken van lokale afspraken en protocollen. De afspraken die hieruit voortkomen worden in ieder geval in het kwaliteitsplan van de zorgorganisatie vastgelegd (zie verder hoofdstuk 4). Ook hier staat samen leren centraal: de resultaten op deze afspraken worden besproken in teams, per locatie en per organisatie en gespiegeld aan de informatie uit eerdere jaren en aan die van andere collega organisaties.

In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg worden vier relevante thema's[9] rondom basisveiligheid benoemd, die in bijlage 3 verder zijn uitgewerkt:

1. Medicatieveiligheid
2. Decubituspreventie
3. Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen
4. Preventie van acute ziekenhuisopnamen

Bij het borgen van de basisveiligheid rond de hierboven genoemde vier thema's vormen documenteren en leren binnen de organisatie-eenheden voor verpleeghuiszorg het fundament. Op dit moment zijn er onvoldoende valide, betrouwbare en bruikbare indicatoren voor de veiligheid van verpleeghuiszorg. Hierbij speelt een aantal belemmerende factoren een rol:
Het gestandaardiseerd meten van klinische problemen zoals decubitus en infecties is lastig door beperkingen in de documentatie en codering. De tellers van de indicatoren zijn daardoor moeilijk vergelijkbaar. Er zijn grote verschillen in doelgroepen en organisatie-eenheden waarbinnen de veiligheid wordt beoordeeld. De noemers van de indicatoren zijn daardoor moeilijk vergelijkbaar.

9 Thema's zijn gekozen op basis van studie van de wetenschappelijke literatuur op terrein van zorg- en kwaliteitsstandaarden aangevuld met actuele informatie IGZ over bruikbare risico-indicatoren.

In vergelijking met andere zorgsectoren ontbreken landelijke standaardisatie van methodieken en kwaliteitsregistraties vrijwel geheel.

Optimale monitoring van veiligheid in de verpleeghuiszorg vraagt een valide, betrouwbare en vergelijkbare set van gegevens op het terrein van basisveiligheid. Het lijkt zinvol om daarbij geen gebruik te maken van een permanente registratie, maar van zogenaamde punt prevalentie metingen. Daarbij wordt over gedefinieerde tijdsperioden (dagen tot weken) op gestandaardiseerde wijze het vóórkomen van bepaalde veiligheidsthema's geregistreerd. Op dit moment ontbreekt het aan voldoende kennis en ervaring met deze vorm van registratie, en het zal nog de nodige tijd vergen voordat deze in de praktijk gebracht is. Tot die tijd zal er wel lokaal geleerd en landelijk toezicht gehouden moeten worden op het gebied van de basisveiligheid.

Lokaal leren

Met betrekking tot het lokaal samen leren en lokaal toezicht zijn de volgende stappen van belang:

- Met de uitgewerkte vier thema's als handreiking (zie bijlage 3) vindt documentatie en interne reflectie plaats als onderdeel van het reguliere kwaliteitsbeleid. In het kwaliteitsverslag (zie hoofdstuk 4) maakt de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief duidelijk hoe het staat met de basisveiligheid. Voor kwantitatieve maten maken wordt zoveel als mogelijk gebruik gemaakt van bestaande landelijke standaarden, maar bovenal wordt een invulling gekozen die inzichtelijk en begrijpelijk is voor de lokale organisatie en die als basis kan dienen voor leren en verbeteren.
- De gegevens van de vier veiligheidsthema's worden op geaggregeerd niveau tevens besproken in de Raad van Bestuur en in de Raad van Toezicht, en worden in het kader van het kwaliteitsbeleid jaarlijks vergeleken en besproken met de collega organisaties uit het lerend netwerk en verwerkt in de verbeterparagraaf van het kwaliteitsplan (zie hoofdstuk 4).

Landelijk toezicht en transparantie

Met betrekking tot het landelijke toezicht zijn de volgende stappen van belang:

- De IGZ blijft in haar toezicht gebruik maken van de protocollen en richtlijnen zoals deze van toepassing zijn op de uitvoering van de zorg. Dit betreft onder andere de veilige principes voor medicatieveiligheid, richtlijnen conform de wet BOPZ voor de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en de richtlijn probleemgedrag.
- Verenso en V&VN krijgen vanuit hun professionele verantwoordelijkheid de opdracht om samen met de andere relevante sectorpartijen en de IGZ, op basis van de vier thema's, te komen met een set van zo valide mogelijke indicatoren voor de basisveiligheid (gereed per 1-7-2017). Deze indicatoren dienen bruikbaar te zijn voor lokaal leren en verbeteren, en voor de toezichttaak door de IGZ vanaf verslagjaar 2018. Het Zorginstituut biedt ondersteuning middels de daarvoor noodzakelijke kennis over methodologie en landelijke aanlevering.
- De nieuwe set van indicatoren moet worden opgenomen in het kwaliteitsverslag vanaf verslagjaar 2018 en uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd bij de Openbare Database van het Zorginstituut Nederland.
- Totdat deze nieuwe set beschikbaar is, zal de uitvraag gebaseerd blijven op de set indicatoren voor de basisveiligheid, zoals deze door de IGZ over het verslagjaar 2015 is uitgevraagd, met de daarbij behorende methodologische beperkingen op het gebied van validiteit, betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid. Bij openbare publicatie moet hierover worden gecommuniceerd middels een duidelijke disclaimer.
- De indicatorenset Basisveiligheid 2016 is conform de 'Vragenlijst risico-indicatoren verslagjaar 2015'[10] en wordt vóór 01-03-2017 op de Transparantiekalender gepubliceerd, zodat de aanlevering ingericht kan worden. De aanlevering moet gedaan zijn vóór 01-07-2017 over verslagjaar 2016. Daarvoor moet vanaf 15-04-2017 een aanleverportaal beschikbaar zijn voor instellingen om hun gegevens in te voeren. Beoogde sluitingsdatum van het portaal is 15-06-2017, waarna het aanleverbestand door de gegevensmakelaar kan worden samengesteld en aangeleverd aan Zorginstituut Nederland. De

10 *Zie: www.igz.nl/onderwerpen/verpleging-en-langdurige-zorg/verpleegzorg_voor_ouderen/uitvraag_indicatoren_verslagjaar_2015/index.aspx*

gegevensmakelaar moet z.s.m. worden ingehuurd, waarbij Zorginstituut Nederland het technisch opdrachtgeverschap heeft, en wordt gepoogd sectorpartijen het formele opdrachtgeverschap te geven. Voor verslagjaar 2016 dekt Zorginstituut Nederland de kosten voor inrichting van het portaal en de uitvoeringskosten van de uitvraag. Daarna moet de sector de kosten zelf dragen. Aanlevering is verplicht voor alle locaties die WLZ-zorg leveren en de aanlevering wordt voorzien van zowel kvk- als kvk-vestigingsnummer om de locatie te kunnen identificeren.
- Beroepsorganisaties en kennisorganisaties worden opgeroepen om te komen met voorstellen voor het zinvol gebruik van de kwaliteitsverslagen voor analyse van landelijke trends op het gebied van de basisveiligheid en het destilleren van beleidsopgaven die daaruit voortvloeien.

Verdere ontwikkeling
Naast de reeds genoemde stappen op korte termijn zijn onderstaande opdrachten voor verdere ontwikkeling van het thema basisveiligheid van groot belang:
- Beroepsorganisaties en kennisorganisaties worden opgeroepen om stappen te nemen om meer kennis en ervaring om punt prevalentie metingen op een verantwoorde wijze op te zetten en de resultaten op een verantwoorde wijze te vergelijken.
- Beroepsorganisaties en kennisorganisaties worden opgeroepen om indicatoren te ontwikkelen voor andere relevante veiligheidsthema's in de verpleeghuiszorg, zoals opsporen van delier, voldoende bewegen, voorkomen van ondervoeding, incontinentie behandeling, valpreventie, diagnostiek van onbegrepen gedrag, rationeel antibiotica en antipsychotica gebruik.
- Beroepsorganisaties en kennisorganisaties worden opgeroepen studies naar medicatiegebruik (antipsychotica, hypnotica, antidepressiva, antibiotica), ziekenhuisopnames en geriatrische problematiek (decubitus, urineweginfecties, delier, depressie, versneld functioneel en cognitief verval) te initiëren.

3.3 Uitwerking per thema
De vier thema's op het terrein van basisveiligheid zijn in bijlage 3 verder uitgewerkt in sub-thema's.

4 Leren en verbeteren van kwaliteit

Vereisten

- Elke verpleeghuisorganisatie heeft in de loop van 2017 een kwaliteitsplan opgesteld volgens de in dit hoofdstuk geschetste werkwijze.
- Elke verpleeghuisorganisatie verzorgt vanaf het rapportagejaar 2017 de interne én externe verantwoording via één kwaliteitsverslag. Dit document verschijnt jaarlijks voor 1 juli volgend op het rapportagejaar en wordt gepubliceerd op de website van de organisatie.
- Elke verpleeghuisorganisatie dient tevens het webadres van het kwaliteitsverslag, uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar, aan te leveren aan de Openbare Database van Zorginstituut Nederland.
- Elke verpleeghuisorganisatie past jaarlijks het kwaliteitsplan aan op basis van het kwaliteitsverslag. Het aangepaste kwaliteitsplan verschijnt uiterlijk 31 december.
- Elke verpleeghuisorganisatie maakt uiterlijk 1-7-2017 deel uit van een lerend netwerk met tenminste twee andere collega zorgorganisaties.
- In elke verpleeghuisorganisatie vindt een vijfjaarlijkse (multidisciplinaire) kwaliteitsvisitatie plaats door de relevante beroepsorganisatie.
- Elke verpleeghuisorganisatie beschikt voor 1-1-18 over een kwaliteitsmanagementsysteem.

Opdrachten aan de sector

- De relevante sectorpartijen worden opgeroepen om samen met IGZ, een methode te ontwikkelen waarmee het lerend vermogen van organisaties zichtbaar gemaakt kan worden, zodat toegezien kan worden of er voldoende gereflecteerd en geleerd wordt van ervaringen en uitkomsten (gereed per 1-1-2018).
- Beroepsorganisaties worden opgeroepen om gezamenlijk een multidisciplinaire kwaliteitsvisitatie te ontwikkelen zodat in elke verpleeghuisorganisatie een vijfjaarlijkse kwaliteitsvisitatie plaats kan vinden vanuit multidisciplinair perspectief (gereed per 1-1-18).
- Beroepsorganisaties worden opgeroepen om gezamenlijk een agenda te maken voor het opstellen/reviseren van (multidisciplinaire) richtlijnen en protocollen. Deze agenda kan vervolgens geplaatst worden op de meerjarenagenda van het Zorginstituut (gereed per 1-1-18).
- Kennisorganisaties en (universitaire) kennisnetwerken worden opgeroepen om de nieuwe kennis en ervaring die beschikbaar komt vanuit de lerende netwerken van zorgorganisaties, actief te verbinden met onderzoek, onderwijs en beleid.
- Erkende kwaliteitscertificaten zoals HKZ dienen op basis van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg hun certificatieschema te herijken.

4.1 Introductie

Dit hoofdstuk gaat over de wijze waarop zorgverleners en zorgorganisaties in de verpleeghuiszorg op een lerende wijze zorg dragen voor optimale zorg en verzorging voor cliënten, daarbij gebruikmakend van de best beschikbare kennisbronnen zoals wetenschappelijke literatuur, professionele richtlijnen, landelijke en lokale data, gesystematiseerde ervaringsgegevens en kwalitatieve informatie.

Zorgverleners en zorgorganisaties krijgen vanuit dit kwaliteitskader de verantwoordelijkheid én het vertrouwen om in de lokale context van de dagelijkse praktijk samen continu aan de verbetering van kwaliteit van zorg en ondersteuning. Daarmee ligt de nadruk vooral op een dynamisch ontwikkelproces van samen leren en verbeteren en minder op de verantwoording en handhaven aan de hand van gedetailleerde indicatoren. Daarbij gaat het niet zozeer om de foto, maar om de film van hoe een zorgorganisatie met zorgverleners en cliënten aan de verbetering van kwaliteit van verpleeghuiszorg werkt.

Leren en verbeteren is niet vrijblijvend; continu werken aan het verbeteren van kwaliteit is de norm voor een goede zorgorganisatie en voor professionele zorgverleners.

De wijze van verantwoording van kwaliteit door de zorgorganisatie moet passend zijn bij dit proces van samen leren en verbeteren, hetgeen ook van belang is vanwege het beperken van administratieve lasten. Zo levert elke zorgorganisatie door middel van één document (het kwaliteitsverslag) interne en via gestandaardiseerde aanlevering externe verantwoording af. Aparte uitvragen in het kader van externe verantwoording zijn dan in principe niet meer nodig.

In dit kwaliteitskader wordt eveneens uitgegaan van het belang van transparantie. Voor het lokale leer- en verbeterproces is het belangrijk dat de relevante informatie in alle openheid beschikbaar is voor de betrokkenen. Voor keuze-informatie en externe verantwoording is openbaarheid van het kwaliteitsverslag en vergelijkbaarheid van informatie vereist, bijvoorbeeld door publicatie op de eigen website en overzichtssites.

4.2 Uitwerking per thema

Om vertrouwen en ruimte te creëren voor zorgverleners en zorgorganisaties om samen te leren en te verbeteren zijn kaders nodig en behulpzaam. In dit kwaliteitskader verpleeghuiszorg worden hierin vijf elementen onderscheiden:

1. Kwaliteitsmanagementsysteem
2. Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan
3. Jaarlijks kwaliteitsverslag
4. Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners
5. Deel uitmaken van een lerend netwerk

Ad 1: Kwaliteitsmanagementsysteem

- Verpleeghuisorganisaties voldoen aan een (erkend) kwaliteitsmanagementsysteem voor de zorg. Borging kan plaatsvinden door certificering.
- Verpleeghuisorganisaties werken aan kwaliteit volgens heldere verantwoordelijkheidsverdelingen en check & balances. Dit geldt voor zowel hiërarchisch organisaties als voor organisaties met zelfsturing.

Ad 2: Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

- Verpleeghuisorganisaties beschikken over een actueel kwaliteitsplan, dat is opgesteld in samenwerking met cliënten en naasten (CR), (para)medici, verpleegkundigen en verzorgenden.
- Het kwaliteitsplan bevat onder andere een beschrijving van doelgroepen, zorgzwaarte, typen zorg die verleend worden en de omvang en kwalificatieniveaus van zorgverleners (personeelssamenstelling).
- Het kwaliteitsplan bevat een omschrijving en toelichting van beleid en maatregelen op de vier kwaliteit en veiligheid thema’s en de vier randvoorwaardelijke thema’s van dit kader.
- Het kwaliteitsplan bevat tevens een verbeterparagraaf per locatie (volgens KvK registratie) voor het volgend jaar. Deze verbeterparagraaf is een essentieel onderdeel van het kwaliteitsplan en is onder andere gebaseerd op de bevindingen uit het kwaliteitsverslag.
- Het kwaliteitsplan wordt jaarlijks geactualiseerd en wordt voorafgaand aan de vaststelling voor feedback voorgelegd aan tenminste twee collega-organisaties van het lerend netwerk.
- Het kwaliteitsplan staat niet naast maar maakt nadrukkelijk onderdeel uit van de begrotings- en jaarplancyclus in een zorgorganisatie.
- De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor en daarmee aanspreekbaar op het kwaliteitsplan.
- Eind 2017 heeft elke verpleeghuisorganisatie een kwaliteitsplan opgesteld volgens boven geschetste werkwijze.
- Bijlage 4 bevat de belangrijkste elementen van de inhoudsopgave van het kwaliteitsplan, bedoeld als handreiking bij het opstellen van het kwaliteitsplan.

Ad 3: Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Jaarlijks brengt de zorgorganisatie een kwaliteitsverslag uit. Deze rapportage is gebaseerd op de evaluatie van de doelstellingen en inhoud van het kwaliteitsplan, inclusief feedback op kwaliteitsplan door de collega organisaties uit het lerend netwerk, en volgt daarmee ook de hoofdstukken van het kwaliteitsplan.

- Cliëntraadpleging als informatiebron voor de evaluatie van zorg is een vast onderdeel van het kwaliteitsverslag. De basis van de cliëntraadpleging is een erkend kwantitatief dan wel kwalitatief instrument naar keuze.
- Medewerkersraadpleging als informatiebron voor de evaluatie van kwaliteit van de leer- en werkomgeving kan een onderdeel van het kwaliteitsverslag zijn.
- Het concept kwaliteitsverslag moet voor vaststelling besproken worden met vertegenwoordiging van cliënten/naasten (CR), (para)medici en verpleegkundigen en verzorgenden, en met tenminste twee collega zorgorganisaties uit het lerend netwerk.
- Dit kwaliteitsverslag dient als interne verantwoording (CR, OR, RvT) en bevat tevens de elementen voor de externe verantwoording (inkoop, toezicht en keuze-informatie cliënten).
- Het kwaliteitsverslag is een openbaar document en staat op de website van de zorgorganisatie, behoudens onderdelen die de belangen van cliënten, medewerkers en/of de organisatie schaden.
- Het kwaliteitsverslag dient tevens vindbaar te zijn via een publieke website, zoals www.kiesbeter.nl. Daartoe dient het webadres van het kwaliteitsverslag, uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd te worden aan de Openbare Database van Zorginstituut Nederland.
- Bijlage 5 bevat de belangrijkste elementen van de inhoudsopgave van het kwaliteitsverslag, bedoeld als handreiking bij het opstellen van dit verslag.

Ad 4: Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners
- Zorgverleners zijn in de praktijk nauw betrokken bij het maken van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag en werken zo op cyclische en ontwikkelingsgerichte wijze mee aan verbetering.
- Kort-cyclische feedback, continue reflectie en dialoog wordt gestimuleerd en vindt in een open klimaat plaats.

Ad 5: Deel uitmaken van een lerend netwerk
- Elke verpleeghuisorganisatie maakt eind 2017 deel uit van een lerend netwerk met tenminste twee verschillende collega zorgorganisatie die onder een andere rechtspersoon vallen en een andere Raad van Bestuur hebben.
- Een lerend netwerk bestaat uit organisaties die tezamen voor minimaal 120 cliënten zorg bieden en kent geen maximum. Bij de keuze van netwerkpartners staat het leren en de praktische werkbaarheid centraal.
- Hierin wordt in ieder geval aantoonbaar samengewerkt rondom het kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag met verbeterparagraaf.
- Actieve onderlinge uitwisseling vindt in openheid plaats door bijvoorbeeld bezoek, consultatie, benchmarking en intervisie. Dat geldt voor zowel medewerkers als bestuurders.
- Er is voor alle zorgverleners en bestuurders tijd en ruimte beschikbaar om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. De wijze hoe dit geregeld wordt is onderdeel van het kwaliteitsplan.
- Uitwisseling van kennis is hier eveneens een onderdeel van. Nieuwe kennis die hierdoor beschikbaar komt, moet actief verbonden worden met onderzoek, onderwijs en beleid. Hier ligt een rol voor (universitaire) kennisnetwerken en kennisorganisaties.

4.3 Verantwoording afleggen over leren en verbeteren van kwaliteit

Om het vertrouwen te krijgen voor de professionele ruimte voor leren en verbeteren is verantwoording over leren en verbeteren van groot belang. Deze verantwoording wordt afgelegd op twee niveaus:
- Lokaal aan de eigen collega's en medezeggenschapsorganen via het betrekken van hen bij het maken van het kwaliteitsplan, kwaliteitsverslag met verbeterparagraaf, maar ook aan de collega's van het lerend netwerk tijdens momenten van uitwisseling en contact. Dit vindt plaats in de sfeer van openheid, veiligheid en vertrouwen.
- Landelijk aan de samenleving, waarbij verantwoording op het terrein van leren en verbeteren wordt afgelegd middels met het maken van het kwaliteitsverslag. Dit verslag wordt op de website van de zorgorganisatie gepubliceerd. Tevens wordt het webadres op de hierboven beschreven wijze aangeleverd aan de Openbare Database van Zorginstituut Nederland, zodat de verslagen landelijk vindbaar worden.

- Vertrouwen en ruimte voor leren en verbeteren zijn niet gebaat bij een te ver doorgevoerde verantwoording op gedetailleerde normen die door derden zijn bepaald. Anders dan bij basisveiligheid (zie hoofdstuk 3), geldt bij leren en verbeteren van kwaliteit dat te gedetailleerde externe normen juist beperkend kunnen werken.

Leren en verbeteren is echter niet vrijblijvend en daarom is het wenselijk om het lerend vermogen van organisaties zichtbaar te maken. Op dit moment zijn hiervoor, behoudens het jaarverslag, geen geschikte methoden beschikbaar. De relevante sectorpartijen worden dan ook opgeroepen om samen met de IGZ, een methode te ontwikkelen waarmee het lerend vermogen van organisaties zichtbaar gemaakt kan worden, zodat vanaf 2018 inzichtelijk is of er adequaat en voldoende gereflecteerd en geleerd wordt.

5 Leiderschap, governance en management

Vereisten
- Elke zorgorganisatie borgt professionele inbreng in het aansturen van de organisatie door opname van een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener als lid van de Raad van Bestuur. Zolang dit (nog) niet is gerealiseerd dient er structureel overleg te zijn tussen de Raad van Bestuur met vertegenwoordigers van de genoemde beroepsgroepen.
- De leden van de Raad van Bestuur lopen op gezette tijden mee binnen het primaire proces van de eigen zorgorganisatie, zodat zij gevoel houden met het primaire proces op de werkvloer.
- Elke Raad van Bestuur van een zorgorganisatie voor verpleeghuiszorg werkt volgens de geldende versie van de Zorgbrede Governance Code.
- De leiderschapsstijl en gedrag van de Raad van Bestuur is ondersteunend aan dit kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor de toepassing ervan en de Raad van Toezicht ziet hier actief en aantoonbaar op toe.
- De Raad van Bestuur stimuleert in het licht van kwaliteitsverbetering van verpleeghuiszorg de oprichting van een Verpleegkundige/verzorgende Adviesraad (VAR) dan wel een Professionele Adviesraad (PAR) in zijn/haar organisatie, of door andere vormen waaronder digitale platforms.

5.1 Introductie

Dit thema gaat over de aansturing en governance van de zorgorganisatie die faciliterend zijn voor kwaliteit, zoals het beleggen van verantwoordelijkheid, besluitvorming en risicomanagement, en over de strategische, statutaire en financiële verplichtingen.
Dit kwaliteitskader geeft een aantal lijnen aan die van cruciaal belang zijn voor kwaliteit van verpleeghuiszorg:
- De persoonsgerichte zorg- en ondersteuning van de cliënt en het belang van de relatie tussen cliënt, zorgverlener en zorgorganisatie voor de kwaliteit van zorg.
- Het faciliteren en in hun kracht zetten van de zorgverleners.
- Het niet vrijblijvende dynamische ontwikkelproces van samen leren en verbeteren van kwaliteit van zorg en ondersteuning, met verantwoording die daaraan dienend is.

De rol en het leiderschap van de Raad van Bestuur van de zorgorganisatie is hieraan actief ondersteunend en stimulerend. De Raad van Toezicht ziet toe op de uitvoering hiervan.

In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg worden zes thema' s onderscheiden als het gaat om leiderschap, governance en management.
1. Visie op zorg
2. Sturen op kernwaarden
3. Leiderschap en goed bestuur
4. Rol en positie interne organen en toezichthouder(s)
5. Inzicht hebben en geven
6. Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

5.2 Uitwerking per thema

De zes thema's op het terrein van leiderschap, governance en management kennen de volgende uitwerkingen:

Ad 1: Visie op zorg
- De organisatie formuleert in samenspraak met belanghebbenden een heldere visie op haar meerwaarde voor cliënten en hun naasten: waar gaat en staat de organisatie voor?

- De organisatie formuleert in samenspraak met belanghebbenden een visie op zorg, ondersteuning en behandeling vanuit de focus kwaliteit van leven.
- Bovenstaande onderdelen van de visie zijn opgenomen in het kwaliteitsplan, alsook in de strategische koers van de organisatie.

Ad 2: Sturen op kernwaarden

- De organisatie formuleert in samenspraak met belanghebbenden een set van gedeelde waarden
- De organisatie stelt de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgt de veiligheid van de cliënt te allen tijde.
- De organisatie creëert de randvoorwaarden voor het vakmanschap van haar zorgverleners.
- De organisatie zorgt voor synergie tussen cultuur en regels, met als doel een cultuur te creëren van waaruit de juiste zaken geregeld worden en het gewenste gedrag mogelijk is.

Ad 3: Leiderschap en goed bestuur

- De Raad van Bestuur stelt zich ondersteunend, faciliterend en transparant op naar alle zorgverleners en cliënt/naasten binnen de organisatie.
- De Raad van Bestuur van de zorgorganisatie maakt verbinding met en tussen binnen- en buitenwereld.
- De Raad van Bestuur heeft overzicht op de verantwoordelijkheden van de organisatie en specifiek ook op zijn/haar verantwoordelijkheden ten aanzien van kwaliteit.
- De Raad van Bestuur grijpt tijdig in als dat voor borging van de veiligheid en kwaliteit van de zorg noodzakelijk is, alsmede voor aspecten die de kwaliteit van leven van cliënten ondersteunen.
- De Raad van Bestuur zorgt ervoor dat opbouw en de omvang van het personeelsbestand bij de visie, taken en doelgroep passen.
- De organisatie werkt volgens de afspraken van de geldende Zorgbrede Governance Code.

Ad 4: Rol en positie interne organen en toezichthouder(s)

- De Raad van Bestuur faciliteert het werk van de cliëntenraad.
- De Raad van Bestuur werkt volgens wettelijke kaders van Wet op de Ondernemingsraden (WOR) en Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKGZ).
- De Raad van Bestuur stimuleert inhoudelijke input op zijn beleid, bijvoorbeeld door oprichting van een VAR dan wel PAR, of door andere vormen waaronder digitale platforms.
- Raad van Toezicht ziet toe op het volgen Zorgbrede Governance Code.

Ad 5: Inzicht hebben en geven

- De Raad van Bestuur heeft de regie over het dynamisch kwaliteitsontwikkelproces zoals beschreven in hoofdstuk 4, door verantwoordelijkheid te nemen voor het samen met alle belanghebbende maken en gebruiken van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag.
- De Raad van Bestuur speelt een actieve rol bij totstandkoming en actief onderhouden van lerend (regionaal) netwerk.
- De organisatie maakt duidelijke afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverleners in de keten.
- De leden van de Raad van Bestuur lopen op gezette tijden mee binnen het primaire proces van de eigen zorgorganisatie, zodat zij gevoel blijven houden met de kwaliteit van zorg en het werk op de werkvloer.

Ad 6: Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

- Elke verpleeghuisorganisatie borgt professionele inbreng in het aansturen van de organisatie, door opname van een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener als lid van de Raad van Bestuur.
- Indien dit (nog) niet is gerealiseerd dient er structureel overleg te zijn tussen de Raad van Bestuur met vertegenwoordigers van de genoemde beroepsgroepen.
- Kleinere zorgorganisaties kunnen gezien hun schaalgrootte op dit punt onderling samenwerking zoeken.

6 Personeelssamenstelling

Vereisten

- Elke verpleeghuisorganisatie moet voor zijn personeelssamenstelling gebruik maken van de tijdelijke normen die beschreven zijn in paragraaf 6.3, totdat de sector landelijke context-gebonden normen heeft ontwikkeld voor voldoende en vakbekwaam personeel.
- De personeelssamenstelling in al haar dimensies is zoals beschreven in de hoofdstuk onderdeel van het kwaliteitsplan en wordt geëvalueerd in het jaarlijkse kwaliteitsverslag. Vooruitlopend hierop publiceert elke zorgorganisatie de gegevens van 2017 uiterlijk 1-7-2017 op zijn website.
- Vanaf 1-1-18 is er voor iedere zorgverlener tijd en ruimte om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. De wijze hoe dit wordt georganiseerd wordt vastgelegd in het kwaliteitsplan en geëvalueerd in het kwaliteitsverslag.
- Er is voor alle zorgverleners voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. De omvang en aard hiervan worden vastgelegd in het kwaliteitsplan en geëvalueerd in het kwaliteitsverslag.

Opdrachten voor de sector

- Kennisorganisaties en (universitaire) kennisnetwerken worden opgeroepen om vanuit kwaliteitsplannen en kwaliteitsverslagen van individuele zorgorganisaties kennis te destilleren over de relaties tussen personeelssamenstelling, context en uitkomsten. Het Zorginstituut kan hierin een faciliterende rol spelen.
- De relevante sectorpartijen krijgen de opdracht om op basis van de opgedane kennis en ervaringen landelijke context-gebonden normen te ontwikkelen voor voldoende en vakbekwaam personeel (gereed eind 2018).
- Opleidingen moeten anticiperen op de verwachte verschuivingen die optreden door de aanbevelingen over de personeelssamenstelling uit dit kwaliteitskader.
- V&VN wordt gevraagd om de concept-leidraad 'Verantwoorde Personeelssamenstelling' door te ontwikkelen tot een handreiking voor verzorgenden en verpleegkundigen, die aansluit bij de inhoud van het kwaliteitskader. Hierbij betrekt de V&VN de vakbonden.
- V&VN krijgt de opdracht om met een definitieve norm te komen voor de 24/7 bereikbaarheid en beschikbaarheid van BIG-geregistreerde verpleegkundigen (gereed per 1-7-17).

6.1 Introductie

Zonder voldoende, bevoegd en bekwaam personeel kan er geen kwalitatief verantwoorde verpleeghuiszorg worden geleverd. De personeelssamenstelling van een zorgeenheid is geen statisch gegeven en de personele behoefte kan van dag tot dag verschillen. Het efficiënt omgaan met de benodigde en beschikbare zorgverleners vereist het proactief organiseren van een adequaat personeelsbestand dat voldoende zorgverleners omvat met het noodzakelijke aantal, vaardigheden en competenties. Alleen zo kan tegemoet worden gekomen aan de wensen en behoeften van de cliënten waaraan de zorgorganisatie zorg en ondersteuning levert.

Door de veranderingen in de zorgzwaarte, de toenemende complexiteit van zorg en de daling van de verblijfsduur van cliënten in de verpleeghuiszorg is er spanning ontstaan tussen het competentieniveau van de zorgverleners en de eisen die daaraan gesteld worden. Uit de literatuur blijkt dat er een positief verband bestaat tussen het juiste competentieniveau van medewerkers en de kwaliteit van de verpleeghuiszorg.[11 12]

---

11 *The relationship between nursing staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review.* Karin Spilsbury, Catherine Hewitt, Lisa Stirk, Clive Bowman. International Journal of Nursing Studies 48 (2011) 732-750.

12 *De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg.* T.L. Hingstman, M. Langelaan, C. Wagner. NIVEL, 2012.



Gezien de geschetste veranderingen en het belang van het juiste competentieniveau, dient er voldoende aandacht te zijn voor adequate scholing en nascholing van individuele zorgverleners. Binnen het Zorginstituut kan het IZBO (Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen) hier een rol pakken om de gewenste veranderingen in kaart te brengen. Investeringen in het onderwijs kunnen er mogelijk aan bijdragen dat voldoende en juist gekwalificeerde zorgverleners beschikbaar komen.

Geen generieke kwantitatieve norm voor zorgverleners

In dit kader wordt niet gekozen voor een eenvoudige generieke kwantitatieve norm van een aantal zorgverleners per cliënt, zoals bijvoorbeeld de recent gesuggereerde formule van twee zorgverleners op acht cliënten. Generieke kwantitatieve normen houden onvoldoende rekening met de grote diversiteit in cliëntengroepen die verpleeghuiszorg ontvangen en met de omgevingen waarin verpleeghuiszorg wordt geleverd. De verschillen zijn te groot, soms is meer, soms minder en soms ander personeel nodig. Bovendien blijkt uit de literatuur dat voor een dergelijke norm onvoldoende aanwijzingen zijn[13]. Schaarste of overvloed op de arbeidsmarkt kan overigens in sommige regio's belangrijk zijn, maar dit speelt geen rol in de reden waarom in dit kader niet gekozen is voor een generieke kwantitatieve norm.

Gezien de grote diversiteit in cliëntengroepen en in omgevingen waarin verpleeghuiszorg wordt gegeven is in dit kader gekozen voor een traject naar landelijke context-gebonden normen voor personeelssamenstelling. In paragraaf 6.2 worden voor dit traject de kaders beschreven. Een dergelijke norm zal stap voor stap ontwikkeld moeten worden.
Tot het zover is, zijn er kaders en normen nodig waarmee zorgorganisaties in de tussenliggende periode moeten werken. In paragraaf 6.3 worden deze kaders en normen uitgewerkt.

6.2 Kaders voor ontwikkeling van landelijke context-gebonden normen voor personeelssamenstelling

De landelijke context-gebonden normen moet aansluiten bij de lokale context van de zorgorganisatie en bij de aard van de doelgroep(en). Het is ook van belang dat de norm aansluit bij de aanbevelingen van dit kwaliteitskader, met name de persoonsgerichte benadering en het samen leren en verbeteren.

13 *Meer is niet per se beter. De relatie tussen de personele inzet en de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Hamers e.a. Academische Werkplaats Maastricht. Maart 2016.*

Om te komen tot landelijke context-gebonden normen voor de personeelssamenstelling zijn een aantal stappen nodig, zowel binnen zorgorganisaties zelf als voor de sector in de breedte.

- Zorgorganisaties starten vanuit de huidige situatie en passen hun personeelssamenstelling aan, met behulp van de kaders voor tijdelijke normen uit paragraaf 6.3.
- De personeelssamenstelling wordt opgenomen in het kwaliteitsplan. Daarin geeft de zorgorganisatie inzicht in de huidige situatie van het personeelsbestand (aard van de aanstellingen, kwalificatieniveau van zorgverleners en vrijwilligers, ziekteverzuim, de in- door- en uitstroomcijfers en de ratio personele kosten/opbrengsten). Elke zorgorganisatie publiceert deze gegevens op zijn website voor 1-7-17.
- Vervolgens reflecteert iedere zorgorganisatie over de balans tussen de aard van de te verlenen zorg en de daarvoor noodzakelijke personeelssamenstelling. Reflecteren betekent in openheid inzicht geven in de knelpunten op terrein van personeelssamenstelling, de gekozen oplossingen en de geboekte resultaten. Reflectie vindt plaats binnen de eigen organisatie (medewerkers, medezeggenschapsorganen), binnen het lerend netwerk, en met cliënten (en hun naasten) over waar hun zorg- en ondersteuningsbehoeften liggen. Deze opbrengsten van deze reflecties worden beschreven in het kwaliteitsverslag. Dit verslag is een openbaar document en wordt gepubliceerd op de website van de organisatie en landelijk vindbaar gemaakt op een publieke website door aanlevering van het webadres aan de Openbare Database van Zorginstituut Nederland op de in Hoofdstuk 4 beschreven wijze.
- Bij het vaststellen van de juiste personeelssamenstelling moet de interactie tussen de cliënt, zijn naasten en de zorgprofessional het uitgangspunt zijn. Dat laatste kan alleen als medewerkers goed worden toegerust. Zij hebben handvatten nodig om als team te analyseren wat voor een bewonersgroep moet worden ingezet om voldoende tijd, aandacht, kennis, kunde te bieden. Zij moeten ruimte krijgen om mensen echt te kennen, want alleen dan kunnen ze hun signalerende rol goed invullen. Het is belangrijk dat zij een stem krijgen richting management en bestuur. De concept-leidraad 'Verantwoorde Personeelssamenstelling' bevat waardevolle elementen om zorgverleners hiervoor handvatten te bieden. Daarom wordt V&VN gevraagd om deze concept-leidraad door te ontwikkelen tot een handreiking voor haar leden die aansluit bij de inhoud van dit nieuwe kwaliteitskader.
- In het geactualiseerde kwaliteitsplan met verbeterparagraaf worden de opbrengsten van de reflecties verwerkt en wordt het beeld geschetst van de personeelssamenstelling op basis van ontwikkelingen in de vraag van de doelgroepen en lokale situatie. Zo wordt elk jaar door iedere zorgorganisatie een strategische personeelsplanning gemaakt die nodig is om het gewenste zorgaanbod te realiseren. Het streven is om te komen tot een wenselijke balans in aard en omvang van personeel om de kwaliteit van verpleeghuiszorg op verantwoorde wijze te kunnen (blijven) leveren. Acties om te komen tot de wenselijke situatie worden in de verbeterparagraaf van het kwaliteitsplan beschreven.
- De sector moet vervolgens op basis van de opgedane kennis en ervaring landelijke context-gebonden normen ontwikkelen voor voldoende en vakbekwaam personeel. Kennisorganisaties en (universitaire) kennisnetwerken spelen daarbij een belangrijke ondersteunende rol. Zij worden opgeroepen om uit de kwaliteitsplannen en kwaliteitsverslagen van individuele zorgorganisaties kennis te destilleren over de relaties tussen personeelssamenstelling, context en uitkomsten. Het Zorginstituut kan hierbij overigens een faciliterende rol spelen.
- Daarnaast zal gekeken moeten worden naar de bestaande opleidingen met de nadruk op afstemming tussen vraag en aanbod, waarbij de verpleeghuissector nadrukkelijk wordt betrokken. Aanbevelingen van de commissie Innovatie Zorg Beroep en Opleiding (zie voetnoot 7) zijn hierbij behulpzaam. Op deze wijze kan stap voor stap toegewerkt worden naar verdere normering op basis van de verkregen informatie.

6.3 Kaders voor tijdelijke normen voor personeelssamenstelling

Naast kaders voor de ontwikkeling van landelijke context-gebonden normen, zijn er voor de korte termijn kaders met minimale normen nodig waarmee zorgorganisaties in de tussentijd moeten werken. Deze tijdelijke normen zijn belangrijk voor zowel cliënten als medewerkers, omdat hiermee de noodzakelijke zorg geboden kan worden en er tevens aandacht blijft voor verantwoorde werkomstandigheden.

Deze tijdelijke kaders moeten garant staan voor veilige, verantwoorde en persoonsgerichte zorg en moeten aansluiten bij de rol van de familie als partner. De kaders moeten ook voldoen aan de bestaande wet- en regelgeving (ARBO, CAO, Arbeidstijdenbesluit, etc.), moeten gezond werken en zelf te reguleren

werkdruk stimuleren, en moeten vakkundige en flexibele bezetting mogelijk maken. Tot slot moeten deze normen de continuïteit van zorg garanderen en oog hebben voor een doelmatige organisatie met optimale productiviteit.

Bovenstaande uitgangspunten zijn vertaald in de volgende kaders voor voldoende en bekwaam personeel:

1. Aandacht, aanwezigheid en toezicht

- Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er minimaal twee zorgverleners beschikbaar om deze taken te verrichten.
- Tijdens de dag en avond is er permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden. Wanneer een bewoner de ruimte moet verlaten is er iemand aanwezig om dit op te vangen. Hierbij kan ook gedacht worden aan de inzet van een vrijwilliger of familielid. Dit kwaliteitskader vraagt wel nadrukkelijke aandacht voor de afbakening tussen professionele verantwoordelijkheid en de inzet van familie en vrijwilligers.
- In iedere dagdienst (ook in het weekend) is er per groep iemand aanwezig die de juiste kennis en competenties heeft om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/zinvolle dag-invulling van cliënten.
- De zorgverleners die in direct contact zijn met de cliënten, kennen hun naam, zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.

2. Specifieke kennis, vaardigheden

- Er is altijd iemand aanwezig die met zijn of haar kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoeften van de cliënten en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken.
- Er is in iedere locatie (volgens KvK registratie) voor cliënten met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling, 24/7 een BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse[14].
- Er is in iedere locatie (volgens KvK registratie) voor cliënten met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling 24/7 een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert direct en is uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse.
- Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel (inzetten mobiel team), inroepen specialist ouderengeneeskunde, overleg medisch specialist of gedragsdeskundige, tijdelijke overplaatsing cliënt naar andere afdeling in dezelfde zorgorganisatie, inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), ingang zetten ‘meer-zorg’.

3. Reflectie, leren en ontwikkelen

- Er is voor iedere zorgverlener voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. De omvang en aard hiervan is vastgelegd in het kwaliteitsplan. CAO afspraken en eisen van de beroepsvereniging hierover worden nageleefd en de beoogde CAO gelden worden hiervoor ingezet.
- Vanaf 1-1-18 is voor iedere zorgverlener tijd en ruimte om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. De wijze hoe dit wordt georganiseerd wordt vastgelegd in het kwaliteitsplan.
- Er is voldoende tijd beschikbaar om als EVV-er of contactverzorgende deel te nemen aan multidisciplinair overleg.
- Methodisch werken en multidisciplinair werken vormen de basis van verpleeghuiszorg. Een deel van de deskundigheidsbevordering besteedt aan deze aspecten (multidisciplinaire) aandacht.
- Er is een scholingsbeleid van zittende en aankomende zorgverleners dat hun vakbekwaamheid aantoonbaar versterkt (op basis van de diverse onderdelen van dit kwaliteitskader en nadrukkelijke aandacht voor omgaan met zorgdilemma’s en adequate zorg bij het levenseinde).
- Er zijn periodieke gesprekken waarin competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde komen.

---

14 Dit is een indicatie. De beroepsvereniging V&VN wordt gevraagd op uiterlijk 1 juli 2017 met een definitieve norm voor bereikbaarheid en beschikbaarheid te komen.

7 Gebruik van hulpbronnen

Vereisten
De benodigde hulpbronnen en de wijze waarop deze dienend zijn aan het primair proces worden vanaf 2017 beschreven in het kwaliteitsplan en gaan mee in de cyclus van kwaliteitsverslag, bespreking met interne en externe stakeholders en update van het kwaliteitsplan.

Dit thema gaat over het effectief en efficiënt gebruiken van hulpbronnen om de best mogelijke zorg-resultaten en ervaringen te behalen met de beschikbare financiën en middelen.

Goede persoonsgerichte zorg en ondersteuning begint bij de wensen en behoeften van cliënten. Een evenwichtig samenspel in de driehoek cliënt, informele zorg en zorgverleners is daarbij een belangrijke pijler van kwaliteit. Het bestuurlijk leiderschap stuurt op de aanwezigheid van de juiste randvoorwaarden voor het bieden van kwalitatief goede verpleeghuiszorg.
Vakmanschap, deskundigheidsbevordering, zeggenschap, een interne structuur van informatie, reflectie en feedback zijn als belangrijke hulpbronnen in de voorgaande hoofdstukken reeds aan de orde gekomen.

Andere belangrijke hulpbronnen bij het realiseren van kwaliteit van verpleeghuiszorg die aanwezig én op orde moeten zijn, ook in tijden van reorganisatie, fusie en wisseling in management en bestuur, zijn:

- De gebouwde omgeving (o.a. vastgoed, onderhoud, buitenruimtes, woonoppervlakte, bewegingsruimte per cliënt, privacy en faciliteiten voor terminale zorg);
- Technologische hulpbronnen zoals ICT en gebruik van domotica, wearables, telemonitoring en e-health;
- Materialen en hulpmiddelen (o.a. beschikbaarheid, actualiteit, vindbaarheid en onderhoud);
- Facilitaire zaken (o.a. keuken, beveiliging, tuin, winkel, restaurant, receptie);
- Financiën en administratieve organisatie;
- De professionele relaties en samenwerkingsovereenkomsten met andere zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, specialistenmaatschappen, apotheken, GGZ-instellingen en afdelingen klinische geriatrie.

De bovenstaande thema's zijn niet expliciet aan de orde gekomen in de eerdere hoofdstukken van dit kwaliteitskader. De wijze waarop de inzet van juist deze hulpbronnen dienend is aan het primair proces wordt beschreven in het kwaliteitsplan en volgt daarin ook de stappen van samen leren en verbeteren: de evaluatie van inzet en gebruik van hulpbronnen, en kennisuitwisseling met collega zorgorganisaties van het lerend netwerk. Het openbaar maken van informatie vindt tenminste plaats via een jaarlijks kwaliteitsverslag.



8 Gebruik van informatie

Vereisten

- Elke verpleeghuisorganisatie dient vanaf 2017 minimaal één keer per jaar informatie over cliëntervaringen te verzamelen en te gebruiken middels erkende instrumenten[15]. De informatie over cliëntervaringen is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsverslag en kan onder andere gebruikt worden voor verbetering en voor keuze-informatie voor (potentiële) cliënten.
- Elke verpleeghuisorganisatie dient in het kader van onderlinge landelijke vergelijkbaarheid vanaf verslagjaar 2016 minimaal één keer per jaar informatie over de Net Promotor Score[16] (NPS) score per locatie (volgens KvK-registratie) van de eigen verpleeghuisorganisatie aan te leveren. Hiervoor mag ook de aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland gebruikt worden. De informatie met betrekking tot NPS is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsjaarverslag en dient uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd te worden bij de Openbare Database van het Zorginstituut door een daartoe ingerichte organisatie die voldoet aan de aanleverspecificaties van het Zorginstituut.

Opdrachten aan de sector

- Gegevens die gebruikt worden voor het berekenen van de indicatoren van basisveiligheid zijn in principe vastgelegd in het (elektronische) cliëntendossier (registratie aan de bron). Standaardisatie van deze gegevens vindt plaats volgens de informatiestandaard en gegevens kunnen worden opgenomen in landelijke kwaliteitsregistraties.
- De sector wordt opgeroepen om te komen tot een selectie van erkende instrumenten voor ervaringen en oordelen van cliënten. De instrumenten meten de bijdrage van de organisatie aan kwaliteit van leven, niet over kwaliteit van leven als zodanig.
- Nieuwe kennis en ervaringen die beschikbaar komen vanuit de uitwisselingen tussen zorgorganisaties moeten actief verbonden worden met onderzoek, onderwijs en beleid. Hierin is een rol weggelegd voor (universitaire) kennisnetwerken en kennisinstituten.
- De relevante partijen krijgen de opdracht om de informatiestandaard behorende bij dit kwaliteitskader te maken (gereed per 1-1-2018).

8.1 Introductie

Actief gebruik maken van alle bronnen van informatie heeft tot doel inzet van mensen en middelen, het leveren, monitoren, managen, samen leren en verbeteren van zorg te ondersteunen, alsook het bieden van informatie aan cliënten en hun naasten opdat zij er gebruik van kunnen maken.
Bij de in hoofdstuk vier beschreven werkwijze van kwaliteitsverbetering en kwaliteitsbeoordeling zijn twee zaken van essentieel belang: a) het samen leren en verbeteren in lokaal verband op basis van verzamelde informatie en b) het afleggen van verantwoording intern en extern op basis van verzamelde informatie.
Het verzamelen, vastleggen en beheren van informatie is daarmee van essentieel belang. Met expliciete aandacht hierbij voor het verzamelen van kwalitatieve en kwantitatieve cliëntervaringen en oordelen. In eerste instantie moet immers aan de cliënt verantwoording worden afgelegd over de geboden kwaliteit van zorg.
Het werk en leerklimaat is een belangrijk onderdeel van dit kwaliteitskader én is van essentieel belang is voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Daarom verdient het aanbeveling om het verzamelen van ervaringen van medewerkers onderdeel te laten zijn van de informatieverzameling.
Het jaar 2017 is een overgangsjaar voor de keuze van zowel de instrumenten voor het verzamelen van cliëntervaringen en oordelen. Daarna kunnen zorgorganisaties kiezen uit een waaier van instrumenten die naar verwachting beschikbaar komt.
In de sector verpleeghuiszorg staan kwaliteitsregistraties en databases met kwaliteitsinformatie in de kinderschoenen. Daar ligt een ontwikkelopgave, naast het feit dat meer dan nu het geval is voor kwaliteitsverbetering door zorgorganisaties gebruik gemaakt kan worden van bestaande registratie-

15 *Het staat de zorgorganisatie vrij om op continue basis en real-time cliëntervaringen te meten.*

16 *De Net Promotor Score, afgekort NPS, is een eenvoudige manier om middels één vraag de klantenloyaliteit van een organisatie te meten. De Net Promotor Score is in 2003 ontwikkeld door Satmetrix, Bain & Company en Fred Reichheld.*

systemen zoals op het terrein van medicatie. Registreren en benchmarken is geen doel op zich, maar moet bijdragen aan kwaliteitsverbetering en ondersteunend zijn aan de directe zorgverlening. Tot slot is het van belang dat informatie openbaar is en transparant gepubliceerd wordt, voor zover die bijdraagt aan het inzicht van waar de organisatie voor staat, wat de cliënt kan verwachten en hoe en waarmee de organisatie structureel aan verbetering werkt.

8.2 Uitwerking per thema

In dit kwaliteitskader verpleeghuiszorg worden drie thema' s onderscheiden als het gaat om gebruik van informatie:

1. Verzamelen en delen van informatie primair voor samen leren en verbeteren van kwaliteit
2. Benutten en optimaliseren van bestaande administratiesystemen
3. Openbaarheid en transparantie

Ad 1 Verzamelen en delen informatie waaronder cliëntoordelen

- Cliëntervaringen worden minimaal 1 maal per jaar verzameld middels een erkend (kwantitatief dan wel kwalitatief) instrument. Het instrument meet de subjectief ervaren bijdrage van de organisatie aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Het staat de zorgorganisatie vrij om continu ervaringen van cliënten te meten. Het instrument is naar keuze van de zorgorganisatie. Voor het vaststellen van erkende instrumenten ligt er in het jaar 2017 een ontwikkelopgave voor de sector, waarna indicatoren opgenomen kunnen worden op de Transparantiekalender voor aanlevering over verslagjaar 2018.
- Elke verpleeghuisorganisatie dient in het kader van onderlinge landelijke vergelijkbaarheid vanaf verslagjaar 2016 minimaal één keer per jaar informatie over de Net Promotor Score 17(NPS) score per locatie (volgens KvK-registratie) van de eigen verpleeghuisorganisatie aan te leveren. Hiervoor mag ook de aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland gebruikt worden. De informatie met betrekking tot NPS is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsjaarverslag en dient uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd te worden bij de Openbare Database van het Zorginstituut door een daartoe ingerichte organisatie die voldoet aan de aanleverspecificaties van het Zorginstituut.
- Informatie wordt zoveel mogelijk op efficiënte wijze verzameld tijdens het zorgproces in het werk en gebruikt om persoonsgerichte zorg en ondersteuning te plannen en te verbeteren.
- Het verzamelen, vastleggen en beheren van data en informatie vindt plaats op een veilige en effectieve wijze. (Wettelijke) vastgestelde privacy- en veiligheidseisen worden hierbij gevolgd.
- Niet alleen het verzamelen is van belang maar ook het uitwisselen van en reflecteren op kwaliteitsinformatie tussen interne en externe stakeholders binnen een zorgorganisatie.
- Nieuwe kennis en ervaringen die beschikbaar komen vanuit de collegiale uitwisselingen tussen zorgorganisaties zouden actief verbonden moeten worden met onderzoek, onderwijs en beleid. Hierin is een rol weggelegd voor (universitaire) kennisnetwerken en kennisinstituten. Zie ook hoofdstuk 4.
- Mogelijkheden worden verkend voor landelijke kwaliteitsregistraties op het terrein van verpleeghuiszorg voor specifieke doelgroepen. Zie hoofdstuk 3.
- Individuele beroepsorganisaties maken gezamenlijk een plan van aanpak ultimo 2017: hoe vanuit de kwaliteitsverslagen van de individuele zorgorganisaties, de informatie uit de hoofdstukken op een zinvolle manier kan worden beoordeeld, gesynthetiseerd en gebruikt voor analyse van landelijke trends en het articuleren van beleidsopgaven.

Ad 2 Benutten en optimaliseren bestaande administratiesystemen

- Registraties die voorwaardelijk zijn voor een goed zorg- behandel- en ondersteuningsproces worden zoveel mogelijk uit bestaande administratieve datasystemen betrokken. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld een systeem van de apotheker in het licht van medicatieveiligheid en systematisch inzicht in aard en omvang van ongeplande ziekenhuisopnames.
- Aanvullende gegevensverzameling vindt niet plaats of is slechts bij uitzondering aan de orde.

---

17 De Net Promotor Score, afgekort NPS, is een eenvoudige manier om middels één vraag de klantenloyaliteit van een organisatie te meten. De Net Promotor Score is in 2003 ontwikkeld door Satmetrix, Bain & Company en Fred Reichheld.

Ad 3 Openbaarheid en transparantie

- Kwaliteitsverslag inclusief cliëntversie zijn openbaar toegankelijk via o.a. de website van de zorgorganisatie, de Openbare Database van Zorginstituut Nederland en een publieke website.
- De aan de Openbare Database van het Zorginstituut aangeleverde data worden ontsloten op publieke websites, zoals www.kiesbeter.nl

Implementatie op hoofdlijnen

Opdrachten voor de sector

- Zorgorganisaties en zorgverleners moeten dit kwaliteitskader implementeren in hun eigen organisatie en zijn verantwoordelijk voor het op de gestelde datums in praktijk brengen van de vereisten. Koepel- en brancheorganisaties ondersteunen hun leden hierbij.
- LOC en Patiëntenfederatie Nederland worden gevraagd om een lekenversie van het kwaliteitskader te maken (gereed per 1-7-2017).
- V&VN wordt gevraagd om een ledenversie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg te maken (gereed per 1-7-2017).
- De IGZ wordt gevraagd om binnen drie maanden haar toezichtkader aan te passen op basis van de vereisten en opdrachten van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.
- De NZa wordt gevraagd om binnen drie maanden een normenkader te maken om te komen tot nieuwe bekostiging en waar nodig nieuwe beleidsregels. Vervolgens kan de NZa dan haar toezichtkader aanpassen.
- De Zorgkantoren moeten de contractering baseren op de aanbevelingen van dit kwaliteitskader.
- De opdrachten zoals geformuleerd in hoofdstuk 1 t/m 8 worden volgens de genoemde tijdslijnen door de diverse geadresseerde partijen uitgevoerd. Hiertoe wordt een implementatieplan opgesteld door de stuurgroep Implementatie kwaliteitskader verpleeghuiszorg (gereed per 1-4-2017).
- De relevante partijen worden gevraagd om op basis van dit kwaliteitskader een aangepaste versie te maken voor de 'extramurale' verpleegzorg (gereed per 1-1-2018).
- Op meerdere plaatsen in dit kader wordt opgeroepen om meer kennis te ontwikkelen. De relevante partijen worden gevraagd om samen met de (universitaire) kennisnetwerken en kennisinstituten een onderzoekagenda op te stellen op basis van deze oproepen (gereed per 1-7-2017). De overheid (VWS, ZonMw) wordt opgeroepen om hiervoor programmatische ondersteuning te organiseren.

Dit kwaliteitskader beschrijft vanuit organisatieperspectief wat goede en doelmatige verpleeghuiszorg betekent en wat verwacht wordt van zorgverleners en zorgorganisaties als het gaat om kwaliteit van verpleeghuiszorg. Het dynamisch ontwikkelproces van samen leren en verbeteren van kwaliteit is de rode draad van dit kader, en moet dat dus ook zijn in de implementatiefase. Daarvoor is vertrouwen en een gevoel van eigenaarschap cruciaal. En dat vergt tijd en ruimte, evenals een wijze van verantwoording die daarbij past.
Bij opname van dit kwaliteitskader in het Register Zorgstandaarden van het Zorginstituut zijn de vereisten en opdrachten vastgesteld. De ontwikkeling en implementatie hiervan heeft een goede ondersteuning nodig om de voortgang te bewaken en om recht te doen aan de in dit kwaliteitskader voorgestane richting van leren en ontwikkelen.

Wat zijn de volgende stappen?

De sector, en in het bijzonder de zorgverleners en zorgorganisaties zijn nu aan zet. Zij moeten kennisnemen van de inhoud van dit kader en vervolgens aan de slag gaan met de implementatie ervan. Voor sommige onderdelen zal echter hulp en ondersteuning wenselijk of nodig zijn. Landelijke sectorpartijen en kennisorganisaties spelen daarin een belangrijke rol. De regie op dit proces van implementatie ligt in de eerste fase na het doorzettingstraject bij het Zorginstituut, de verantwoordelijkheid voor de uitvoering ligt bij de sectorpartijen. Gedurende dit proces zal naar verwachting de noodzaak van centrale regie en ondersteuning minder worden.

Wat betekent dit concreet?

- De verantwoordelijkheid voor de implementatie ligt primair bij de zorgverleners en hun zorgorganisaties.
- De regie op de bewaking van de voorgang en de ondersteuning van deze implementatie ligt bij de stuurgroep *Implementatie kwaliteitskader verpleeghuiszorg* van het Zorginstituut, bestaande uit vertegenwoordigers van de relevante sectorpartijen, inclusief cliënten en zorgkantoren.
- De IGZ en NZa zijn geen onderdeel van de stuurgroep, maar kunnen wel op verzoek aanwezig zijn. Zij houden de stuurgroep op de hoogte van hun activiteiten in de sector en vice versa.
- De IGZ past na het verschijnen van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg haar toezichtkader aan op basis van de vereisten en opdrachten en van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.
- De NZa wordt gevraagd om na het verschijnen van het kwaliteitskader een normenkader te maken om te komen tot nieuwe bekostiging en waar nodig nieuwe beleidsregels. Vervolgens kan de NZa dan haar toezichtkader aanpassen.
- Het voorzitterschap en secretariaat van deze stuurgroep ligt bij Zorginstituut.
- De stuurgroep zorgt waar nodig voor ondersteuning bij de implementatie van het kwaliteitskader
- De stuurgroep zal in een vroege fase bespreken of het nodig is om andere nog niet betrokken partijen te laten aansluiten.
- Er zullen zorgorganisaties zijn die nu kampen met een urgent vraagstuk rondom kwaliteit en veiligheid of anderszins behoefte hebben aan begeleiding bij de implementatie. Voor deze concrete ondersteuningsbehoefte voor een tijdige implementatie van dit kader zullen bestaande ondersteuningsprogramma's worden moeten aangepast en ingezet, zodat ook deze organisaties in een gewenst tempo kunnen voldoen aan de vereisten en opdrachten van het kader.

Wat is de opdracht voor de stuurgroep?

- Bewaak de voortgang en de ondersteuning van de implementatie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.
- Werk de opdrachten uit het kwaliteitskader verder uit en maak afspraken met de betrokken partijen over proces en planning. De stuurgroep laat zich gedurende het proces op gezette tijden informeren over de uitvoering door de verantwoordelijke instellingen en professionals.
- Ontwikkel een duurzaam kwaliteitsnetwerk verpleeghuiszorg door de activiteiten van de partijen bij de implementatie met elkaar te verbinden. Betrek uitdrukkelijk zorgorganisaties, zorgverleners en cliëntenraden. De vertegenwoordigde sectorpartijen in de stuurgroep hebben de verantwoordelijkheid om dit proces te ondersteunen.

Bijlage 1
Handreikingen voor persoonsgerichte zorg & ondersteuning

Thema	Sub-thema's
Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip	**Cliënt**
	• Kennen de zorgverleners mij en mijn verhaal, mijn behoeften en wensen, en mijn zorgen, problemen en levensvragen? • Spreken ze mij aan op de manier die ik prettig vind? • Praten de zorgverleners met mij in plaats van over mij? • Maken ze echt contact met mij? • Is er aandacht voor mijn familie en naaste(n) en de mensen die mij mantelzorg geven?
	Zorgverlener
	• De zorgverlener heeft inlevingsvermogen, toont empathie en begrip. • De zorgverlener beschikt over een breed repertoire aan communicatieve en sociale vaardigheden en beschikt over de juiste kennis en vaardigheden op het gebied van zorg die hij/zij levert. • De zorgverlener heeft respect voor normen en waarden van de cliënt, naaste(n) en mantelzorgers.
Uniek zijn: gezien worden in persoonlijke context, eigen identiteit.	**Cliënt**
	• Is er aandacht voor wat ik belangrijk en zinvol vind om te doen ook vanuit mijn levens-beschouwing en om contacten die ik wil onderhouden? • Word ik daarbij geholpen indien ik dat wil, met respect voor mijn eigen regie en autonomie? • Zoeken zorgverleners naar de betekenis van mijn gedrag als ik me niet meer kan uitdrukken? • Voel ik mij veilig? • Word ik met respect behandeld? • Is er iets te beleven/te ontdekken en word ik daarbij betrokken? • Kan ik mijn eigen gang gaan, ook als ik geen behoefte heb om iets te doen? • Kan ik zoveel mogelijk mijn eigen keuzes maken en kan ik zoveel mogelijk mijn leefstijl voortzetten?
	Zorgverlener
	• De zorgverlener kent het levensverhaal van de cliënt en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten. • De zorgverleners kennen de persoonlijke wensen behoeften van en risico's bij de cliënt. • De zorgverlener is in staat om veranderd gedrag te duiden of om daar adequate hulp bij te vragen. • De zorgverleners hebben aandacht voor de naaste(n) van de cliënt als onderdeel van zijn eigen leven. • De zorgverlener kan bij het volgen van professionele richtlijnen en standaarden een goede afweging maken in het licht van de persoonlijke situatie en wensen van de cliënt. • Dilemma's worden samen besproken en wordt van geleerd.

Thema	Sub-thema's
Autonomie: behoud van eigen regie over leven en persoonlijk welbevinden ook bij zorg in de laatste levensfase	**Cliënt**
	• Kan ik waar mogelijk mijn eigen leven vorm en inhoud geven zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag. • Indien ik zelf de regie niet meer kan nemen, krijgen mijn naaste(n) dan de kans om mijn ogen en oren te zijn en mijn wensen te verwoorden of gedrag toe te lichten en te verklaren? • Met mij is bij opname concreet gesproken over zorg rondom het levenseinde. Ik heb aan kunnen geven wat mijn wensen zijn: wat ik wel wil (bijvoorbeeld comfort, geen pijn, wel vocht- en voeding) en niet wil (bijvoorbeeld geen antibiotica of bloedproducten, niet beademen, geen ziekenhuisopname). • De afspraken over zorg rondom het levenseinde zijn ook bekend bij mijn naaste(n) en worden met mij op regelmatige basis geëvalueerd.
	Zorgverlener
	• Zorgverleners laten zich primair leiden door de eigen wensen van de cliënt. Daarbij geldt als uitgangspunt: liever zelf laten doen dan overnemen. • Cliënten krijgen de kans om zoveel mogelijk zelf sturing over hun leven te houden. • De zorgverleners wegen met de cliënt en zijn naaste(n) de veiligheidsrisco's af tegen de kwaliteit van leven. • De zorgverleners bespreken bij opname de wensen van cliënten rondom zorg bij het levenseinde. Wensen worden geïnventariseerd, opgenomen in het zorgplan en actief gedeeld met het multidisciplinaire team. Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden gevolgd. • De wensen van en afspraken met de cliënt worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de cliënt.
Zorgdoelen: Iedere cliënt heeft afspraken over en inspraak bij de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning.	**Cliënt**
	• Ik heb een eigen actueel zorgleefplan en medisch dossier dat in samenspraak met mij en mijn naaste(n) is opgesteld. • Ik herken mij in het zorgleefplan en medisch plan, en anders kan ik dat ter sprake brengen. • Mijn/onze inbreng doet ertoe om de zorgverlening beter af te kunnen stemmen op mijn/onze behoeften. • Ik ben (of mijn belangenbehartiger) is bij het multidisciplinair overleg als ik dat wil. • Met mij of mijn belangenbehartiger wordt op regelmatige basis besproken of de (zorg- en behandel) afspraken nagekomen worden, en of de zorg aan mijn wensen behoeften voldoet (wederkerigheid). • Ik kan me op het gesprek over mijn zorgleefplan voorbereiden. • Over levenseinde zorg worden door de specialist ouderengeneeskunde met mij en mijn naaste(n) concrete afspraken gemaakt. • Ook mijn naasten zijn gesprekspartner over zorg en behandeling als ze dat willen en ik dat wens.
	Zorgverlener
	• Iedere cliënt beschikt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgleefplan en medisch plan, of zoveel eerder als mogelijk. • Binnen 24 uur zijn in ieder zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en handelen bij calamiteiten vastgelegd in een concept zorgleefplan en medisch plan dat na maximaal zes weken definitief wordt. • Het zorgleefplan is opgesteld door tenminste een niveau 3 zorgverlener. Bij voorkeur is dit ook de contactverzorgende dan wel EVV-er van de cliënt. • Het medisch plan wordt opgesteld door de SO. • Zorgverlener volgt bij het werken met zorgleefplannen de richtlijnen voor gebruik van en multidisciplinair overleg over het zorgleefplan zie: www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html • De zorgverleners werken individueel en (multidisciplinair) samen met een actueel zorgleefplan dat ook werkelijk verbinding houdt met de uitvoering van zorg. • Zorgverleners hebben inzicht in de situatie van de cliënt, inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de cliënt. Werken hierin samen als multidisciplinair team. • Zorgverleners kunnen inzicht geven over de zorg aan de cliënt, aan zijn naaste(n), aan collega's en aan de zorgorganisatie.

Bijlage 2
Handreikingen voor wonen en welzijn

Thema	Uitwerking
Zingeving	**Cliënt**
	• Er is bij zorgverleners aandacht voor mijn specifieke levensvragen zoals verlies van functies, eenzaamheid, rouw, depressie, ouderdom en invulling laatste levensfase. • Ik kan iets betekenen voor anderen en de organisatie helpt mij daarbij indien nodig. • Ik kan een geestelijke verzorger spreken van mijn levensbeschouwelijke signatuur.
	Zorgverlener
	• De zorgverleners besteden aandacht en tijd aan specifieke levensvragen zoals gevoelens van eenzaamheid, verlies van functies, rouw, depressie, ouderdom en invulling laatste levensfase? • Geestelijke verzorging is bereikbaar voor cliënten, hun naaste(n) en medewerkers, passend bij hun levensbeschouwing.
Zinvolle tijdsbesteding	**Cliënt**
	• Ik kan iedere dag deelnemen aan verschillende activiteiten in individueel of groepsverband • Ik word gestimuleerd om te bewegen. • Ik kan naar buiten gaan als ik dat wil. • Ik kan een leven leiden dat zo veel mogelijk past bij mijn persoon. • Bij de uitvoering van de dagactiviteiten kan ik begeleiding krijgen van een vrijwilliger of professional.
	Zorgverlener
	• Er is dagelijks een gedifferentieerd activiteiten aanbod (groepsgewijs en individueel) gedurende de dag. • Er is aandacht aan bewegen • Vrijwilliger of professional zijn aanwezig om de activiteiten te begeleiden. • Er wordt bij de tijdsbesteding rekening gehouden met de grote verschillen in cliënten en hun behoefte aan ondersteuning en zorg.
Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding	**Cliënt**
	• Ik kan naar eigen wens en behoefte en in overleg met mijn naaste(n) de dagelijkse persoon-lijke verzorging van lichaam en kleding ontvangen (o.a. bed, bad, toiletgang, haardracht, make-up, bril, gehoorapparaat, kledingkeuze).
	Zorgverlener
	• De zorgverlener geeft de cliënt naar eigen wens en behoefte en in overleg met de naaste(n) de dagelijkse persoonlijke verzorging van lichaam en kleding (o.a. bed, bad, toiletgang, haardracht, make-up, bril, gehoorapparaat, kledingkeuze).
Familie-participatie en inzet vrijwilligers	**Cliënt**
	• Mijn naaste(n) en andere betrokkenen uit mijn sociale netwerk krijgen de ruimte om in mijn zorg en ondersteuning te participeren. • Vrijwilligers zijn aanwezig op de afdeling waar ik verblijf. • Het beleid rondom participatie familie en inzet vrijwilligers is beschreven en bij mij en mijn naaste(n) bekend. • De taken en verantwoordelijkheden van familie en vrijwilligers zijn helder voor mij en mijn naaste(n).
	Zorgverlener
	• Zorgverleners geven naaste(n) en andere betrokkenen uit het sociale netwerk van de cliënt de ruimte om in de zorg en ondersteuning te participeren. • Vrijwilligers zijn aanwezig op de afdeling en werken samen met de zorgverleners. • Het beleid rondom participatie familie en inzet vrijwilligers is beschreven en bekend bij zorgverleners. • De taken en verantwoordelijkheden van familie en vrijwilligers zijn helder voor alle betrokken partijen. • Vrijwilligers hebben scholing gekregen voor de groep waarmee ze werken.

<table>
<tr><th>Thema</th><th>Uitwerking</th></tr>
<tr><td rowspan="4">Wooncomfort
(gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting)</td><td>Cliënt</td></tr>
<tr><td>• De inrichting van woonomgeving is aangepast aan mijn zorg- en ondersteuningsbehoeften (privéruimten, recreatieruimten, gebedsruimte, buitenruimten, verkeersruimten)
• De privé, verkeers- en gedeelde (recreatie)ruimten ervaar ik als schoon en veilig ingericht.
• Ik kan met eigen spullen mijn kamer inrichten.
• Ik kan van het eten genieten.
• Ik kan kiezen voor een maaltijd aangepast aan geloofs- of levensovertuigingen.</td></tr>
<tr><td>Zorgverlener</td></tr>
<tr><td>• De inrichting van woonomgeving is aangepast aan de doelgroep (privéruimten, recreatie-ruimten, gebedsruimte, buitenruimten).
• De privé, verkeers- en gedeelde (recreatie)ruimten zijn schoon en veilig.
• Zorgverleners stellen cliënten in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun kamer in te richten.
• Zorgverleners koken samen met cliënten die dat willen en kunnen.
• Zorgverleners vragen of de cliënten de maaltijden smakelijk vinden.
• De zorgverleners kunnen de cliënten een maaltijdkeuze voorleggen ook aangepast aan geloofs- of levensovertuigingen.</td></tr>
</table>

Bijlage 3
Thema's basisveiligheid

1. Medicatie	Uitwerking
Medicatieveiligheid	• % cliënten bij wie met een regelmatige frequentie (bijv. elke drie maanden) een formele medicatiereview plaatsvindt door apotheker en specialist ouderengeneeskunde. • Aantal geregistreerde medicatiefouten (MIC). Volgen van de trends in medicatiefouten binnen de organisatie-eenheden van de instelling en verantwoording over de opvolgende verbeteracties, van voorschrijven tot toediening, inclusief voorraadbeheer.
Antipsychoticagebruik	• Binnen organisatie-eenheden documenteren van aard (ATC-codes) en prevalentie (% bewoners) en reflecteren (in FTO, maar ook met de collega organisaties uit het lerend netwerk) op aard en omvang van het antipsychoticagebruik.
Antibioticagebruik	• Binnen de organisatie-eenheden documenteren van aard (ATC-codes) en prevalentie (% bewoners) en reflecteren (bv ook in FTO, maar ook met de collega organisaties uit het lerend netwerk) op aard en omvang antibiotica gebruik, ook met het oog op de toenemende resistentie problematiek.
2. Decubitus (graad 2-4)	**Uitwerking**
Preventie van decubitus	• Regelmatige monitoring van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg, incontinentieletsel bij alle bedlegerige of immobiele cliënten.
Aanwezigheid van decubitus	• Prevalentie decubitus categorie 2, 3 en 4. • Primair aantoonbaar maken dat binnen organisatie-eenheden voorkómen en vóórkomen van decubitus wordt gedocumenteerd en besproken.
3. VBM	**Uitwerking**
Inzet vrijheid beperkende maatregelen	• Wat is % cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een vrijheid beperkende maatregel als verpleegdeken en/of jumpsuit/hansop is toegepast en wat was reden van de inzet
Evaluatie	• Is bij de cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen VBM is getroffen, deze maatregel per soort geëvalueerd met cliënt/naaste(n)? Niet alleen maatregel maar ook proces voor inzet van maatregel. Is vooraf voldoende naar alternatieven gezocht?
4. Ziekenhuisopnamen	**Uitwerking**
Aantal ongeplande opnamen (psychiatrisch) ziekenhuis per organisatie-eenheid over een bepaalde periode	• Incidentie opname(psychiatrisch) ziekenhuis /insturen SEH per organisatie-eenheid/per doelgroep
Redenen ziekenhuisopnamen	Ziekenhuisopnamen ten gevolge van: • Vallen, heupfractuur • Luchtweginfectie/urineweginfectie • Delier • CVA • Onbegrepen gedrag

Bijlage 4
Inhoudsopgave kwaliteitsplan

Deze bijlage bevat de belangrijkste elementen van de inhoudsopgave van het kwaliteitsplan, bedoeld als handreiking bij het opstellen van het kwaliteitsplan.

Profiel zorgorganisatie

- Omschrijving zorgvisie en kernwaarden
- Omschrijving doelgroepen, aantal cliënten per doelgroep, leeftijdsverdeling
- Type zorgverlening, ZZP-verdeling, omzet per doelgroep
- Aantal locaties (overeenkomend met KvK registratie), zorgomgeving (kleinschalig/grootschalig) en voornaamste besturingsfilosofie
- Landelijk/stedelijk van aard

Profiel personeelsbestand/personeelssamenstelling

- Hoeveel zorgverleners en vrijwilligers per organisatie-eenheid/doelgroep
- Verdeling zorgverleners over functies en niveaus (kolom (para)medisch, psychosociaal, verpleegkundig, verzorgend in de verschillende niveaus 1-3, facilitair, administratief en management, vrijwilligers)
- Per kolom inzicht in verhouding leerling/gediplomeerden
- In- door- en uitstroomcijfers
- Ratio personele kosten versus opbrengsten

Situatie, plannen en voornemens, waardering door bestuur en interne stakeholders en hoofdverantwoordelijke per hoofdstuk van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg

- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning
- Wonen en welzijn
- Veiligheid
- Leren en werken aan kwaliteit
- Leiderschap, governance en management
- Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)
- Gebruik van hulpbronnen
- Gebruik van informatie

Verbeterparagraaf en beschrijving van samen leren en verbeteren

- Beschrijving van de verbeterparagraaf per locatie (volgens KvK registratie)
- Beschrijving van op welke wijze en met welke interne en externe partijen plannen per relevante organisatie-eenheid tijdens en na het jaar wordt geëvalueerd en hoe resultaten terugvloeien naar betrokkenen in de zorgorganisatie.

Bijlage 5
Inhoudsopgave kwaliteitsverslag

Deze bijlage bevat de belangrijkste elementen van de inhoudsopgave van het kwaliteitsverslag, bedoeld als handreiking bij het opstellen van dit verslag. Het gaat om een algemeen beschrijvend onderdeel op de acht onderscheiden hoofdstukken en specifieke aandacht voor uitkomsten op het terrein van veiligheid, leren en werken aan kwaliteit en de cliëntoordelen.

Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten

Beschrijvend overzicht van uitkomsten op de plannen en acties zoals geformuleerd in het kwaliteitsplan. Met name moet duidelijk worden of en hoe voldaan wordt aan de in elk hoofdstuk van dit kader genoemde aanbevelingen.

- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning
- Wonen en welzijn
- Veiligheid
- Leren en werken aan kwaliteit
- Leiderschap, governance en management
- Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)
- Gebruik van hulpbronnen
- Gebruik van informatie

Specifieke aandacht voor drie onderdelen:

I. Veiligheid

1. Opname van kwantitatieve uitkomsten op de vier veiligheidsthema's en bijbehorende uitwerkingen.
2. Medicatieveiligheid
3. Decubituspreventie
4. Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen
5. Preventie van acute ziekenhuisopnamen

II. Cliëntoordelen

Benoemen gebruikt instrument. Beschrijving van de kwalitatieve of kwantitatieve uitkomsten op de jaarlijkse meting van cliëntoordelen. Daarnaast geeft het kwaliteitsverslag op deze plaats een beschrijving van de NPS-score (of de score op de aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland) per locatie van de verpleeghuisorganisatie (volgens KvK-inschrijving).

III. Leren en werken aan kwaliteit

Beschrijving op hoofdlijnen of en hoe voldaan wordt aan de aanbevelingen van dit kader rondom samen leren en verbeteren. Daarbij het gaat vooral over:

1. Het kwaliteitsplan inclusief verbeterparagraaf
2. Het kwaliteitsverslag
3. Het samen leren, waaronder deel uit maken van het lerend netwerk

Bijlage 6
Lijst met gebruikte afkortingen

ABR	Antibioticaresistentie
ACP	Advance Care Planning
ARBO	Arbeidsomstandigheden wet
ATC	Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatiesysteem dagdoses
BIG	Beroepen Individuele Gezondheidszorg
BOPZ	Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
CAO	Collectieve Arbeid Overeenkomst
CR	Cliëntenraad
CCE	Centrum voor Consultatie en Expertise
CVA	Cerebro Vasculair Accident
EVV-er	Eerst Verantwoordelijke Verzorgende
FTO	Farmacotherapeutisch overleg
GPS	Global Positioning System
IZBO	Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg
ISO	International Organization for Standardization
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KvK	Kamer van Koophandel
LOC	Landelijke Overleg Cliëntenraden
MIC	Melding Incidenten Cliënten
NAH	Niet Aangeboren Hersenletsel
NPS	Net Promotor Score
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PAR	Professionele Advies Raad
PfN	Patiëntenfederatie Nederland
PGB	Persoonsgebonden Budget
RvT	Raad van Toezicht
SEH	Spoedeisende Hulp
VAR	Verpleegkundig Advies Raad
VBM	Vrijheidsbeperkende maatregelen
Verzorgende IG	Verzorgende Individuele gezondheidszorg (niveau 3)
V&VN	Vereniging voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten
WKKGZ	Wet Kwaliteit klachten en geschillen zorg
WLZ	Wet Langdurige Zorg
WOR	Wet op de Ondernemingsraden
ZZP	Zorgzwaarte pakket

Bijlage 7
Bronnen

- De cliënt centraal. De betekenis van mensenrechten voor ouderen in verpleeghuizen. College voor Rechten van de Mens, Februari 2016.
- Concept kwaliteitstandaard kwaliteit ouderenzorg (september 2016).
- Concept Leidraad personele samenstelling V&VN (september 2016).
- Interne stukken Kwaliteitsraad analyse fase: inhoudelijke, strategische en politieke analyse.
- https://www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html
- https://www.zorginstituutnederland.nl/beroepen+en+opleidingen/anders+kijken%2C+anders+leren%2C+anders+doen
- http://www.bgs.org.uk/press-3/press-and-pr/bgs-press-releases/2016-commissioning-guidance
- Meer is niet perse beter. De relatie tussen de personele inzet en de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Hamers e.a. Academische Werkplaats Maastricht. Maart 2016
- National Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland. Safer, Beter Care. Health Information and Quality Authority. 2016
- Waardigheid en trots Liefdevolle zorg voor onze ouderen. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Februari 2015.
- Kamerbrief Voortgang 'Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen'. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Juni 2015.
- Voortgangsrapportage Waardigheid en Trots. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Juni 2015.
- Kamerbrief invulling Waardigheid en Trots, ruimte voor verpleeghuizen. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Juli 2015.
- Kamerbrief over kaders langdurige zorg 2016. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Januari 2016.
- Rapport-2e-voortgangsrapportage-waardigheid-en-trots 2016. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Januari 2016.
- Kamerbrief Waardig leven met zorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Februari 2016.
- Kamerbrief Bijlage 1 Waardig leven met zorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Februari 2016
- Kamerbrief over vervolg kwaliteitskader, leidraad personeel en indicatoren basisveiligheid. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Oktober 2016.
- Kamerbrief over Kwaliteit verpleeghuizen niet vrijblijvend. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Oktober 2016.
- The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review. Karen Spilsbury , Catherine Hewitt, Lisa Stirk, Clive Bowman. International Journal of Nursing Studies 48 (2011) 732–750.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg. T.L. Hingstman, M. Langelaan, C. Wagner. NIVEL, 2012.